

**ENVEJECIMIENTO Y
DEPENDENCIA EN EL
CONTEXTO RURAL.
UN ESTUDIO DESCRIPTIVO
SOBRE LA PROVINCIA DE
SEVILLA.**

**TESIS DOCTORAL REALIZADA
POR
FRANCISCO JOYA DÍAZ**

**DIRECTOR: DR. MANUEL VELÁZQUEZ
CLAVIJO**

**CATEDRÁTICO E.U. DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA
EDUCACIÓN**

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

SEVILLA, DICIEMBRE DE 2011

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN

**ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA EN EL CONTEXTO
RURAL. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA
PROVINCIA DE SEVILLA.**

**TRABAJO PRESENTADO POR FRANCISCO JOYA DÍAZ
PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

SEVILLA 2011

EL DOCTORANDO: FRANCISCO JOYA DÍAZ

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN

**MANUEL VELÁZQUEZ CLAVIJO. CATEDRÁTICO E.U. DEL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA
EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA DIRECTOR DE
LA TESIS DOCTORAL: “ ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA EN
EL CONTEXTO RURAL. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA
PROVINCIA DE SEVILLA”, REALIZADA POR DON FRANCISCO
JOYA DÍAZ**

**CONSIDERA QUE DICHA TESIS DOCTORAL REÚNE LAS
CONDICIONES DE RIGOR CIENTÍFICO, ORIGINALIDAD Y
ELABORACIÓN PARA SU DEFENSA**

SEVILLA DICIEMBRE DE 2011

FDO: DR. MANUEL VELÁZQUEZ CLAVIJO

“La vida sólo puede ser comprendida mirando hacia
atrás, pero ha de ser vivida mirando hacia delante”

Soren Kierkegaard

Dedicatoria

“A las personas mayores de la provincia de Sevilla para que sean gestores activos de su envejecimiento.”

Agradecimiento

Quiero expresar mi gratitud a todas las personas que han hecho posible que esta tesis llegara a buen fin.

En primer lugar, a mi director, el profesor Dr. Manuel Velázquez Clavijo, por su apoyo y disponibilidad, así como por lo que me animó para la realización de esta tesis.

Mi agradecimiento a la profesora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Dra. María Luisa Padilla Pastor por aceptar amablemente ser mi tutora.

También quiero agradecer al profesor Dr. Félix Martín Velicia profesor de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de esta Universidad por su ayuda en el procesamiento de datos.

Quisiera mostrar mi agradecimiento a la Delegación Provincial de Servicios Sociales de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía por facilitarme el acceso a la información requerida.

Finalmente, mi gratitud para todas las Instituciones y personas que directa o indirectamente, han hecho posible que llevara a cabo este trabajo, muy especialmente a la Diputación de Sevilla y a todas las personas que me ayudaron para que esta idea se hiciera realidad.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO 1: VEJEZ, ENVEJECIMIENTO, PERSONAS MAYORES.....	20
Introducción.....	20
1.1 La vejez como etapa.....	21
1.1.1. Descripción histórica de la vejez.....	23
1.1.2. Clasificaciones de la vejez.	26
1.1.3. Denominaciones de la vejez.....	27
1.1.4. Ideas falsas sobre la vejez.	29
1.2.El envejecimiento como proceso.....	30
1.2.1. Teorías sobre el envejecimiento.....	31
1.2.2. El envejecimiento como proceso bio-fisiológico, psicosocial y ambiental. ...	35
1.2.3. El envejecimiento a través de la cultura.	39
1.3.Las personas mayores	45
1.3.1. El envejecimiento de la población.	48
1.3.2. Consecuencias del envejecimiento demográfico.	50
CAPÍTULO 2: ENVEJECIMIENTO DEFICITARIO VERSUS ENVEJECIMIENTO COMPETENTE.....	55
Introducción.....	55
2.1.La heterogeneidad en el envejecimiento.....	57
2.2.Envejecer de forma competente.	59
2.3.La satisfacción vital	63
2.4.Patrones del envejecimiento competente.	66

CAPÍTULO 3: REFLEXIONES SOBRE LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES	69
Introducción.....	69
3.1.La persona mayor: un colectivo social heterogéneo y en proceso de cambio.	70
3.2.Factores relacionados con la conducta dependiente.....	74
3.3.Tipos de dependencia.....	78
3.4.Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.	81
3.5.Exposición de motivos.	82
3.6.Objeto y principios de la ley.....	87
3.6.1.Objeto.	87
3.6.2.Principios fundamentales.	87
3.7.La dependencia y su valoración.	89
3.7.1.Grados de dependencia.	89
3.7.2.Valoración de la situación de dependencia.	90
3.8.Catálogo de servicios	91
3.9.Formación en materia de dependencia.	93
3.9.1.La formación y cualificación de profesionales y cuidadores/as.....	93
CAPÍTULO 4: LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN EL CONTEXTO RURAL.	94
Introducción.....	94

4.1. Necesidades y dependencia.....	95
4.2. Las demandas de los mayores en el contexto rural.....	97
4.3. La persona mayor rural: necesidades y propuestas.....	101
4.4. La crisis de la familia-mujer como soportes del apoyo informal.....	103
4.5. La administración como mediadora.	105
4.6. Consideraciones finales.	108
 CAPÍTULO 5: .CONOCER PARA INTERVENIR.INTERVENIR PARA MEJORAR. LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES...	 111
Introducción.....	111
5.1. Envejecer saludablemente.....	112
5.2. Aprendizaje y estimulación cognitiva.....	126
5.2.1 Aproximación a la educación permanente.....	126
5.2.2 Justificación de la educación a lo largo de la vida.....	129
5.3. Participar, contribuir, innovar.....	133
5.3.1. Envejecer participando.....	134
5.3.1.1. Participación y dependencia	136
5.3.1.2. Condiciones para la participación.....	137
5.3.2. Envejecer contribuyendo.....	138
5.3.3. Envejecer innovando.....	139
 CAPÍTULO 6: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN: OBJETIVOS.....	 141
CAPÍTULO 7: METODOLOGÍA.....	143
7.1 Población	144
7.2. Instrumentos.	155

7.3. Diseño.....	159
7.4. Procedimiento.	159
CAPÍTULO 8: RESULTADOS.	161
8.1. Solicitudes.....	161
8.2. Valoraciones y dictámenes.....	173
8.3 Prestaciones y beneficiarios/as.....	188
CAPÍTULO 9: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	211
9.1. Discusión.....	211
9.1.1 Solicitudes.....	212
9.1.2 Valoraciones y dictámenes.....	214
9.1.3 Prestaciones y beneficiarios/as.....	216
9.2. Conclusiones.....	218
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	221
ANEXOS.....	230
ANEXOS:I Glosario.....	231
II Baremo de valoración de la dependencia de las personas mayores	245
III Propuestas o recomendaciones para un envejecimiento autónomo y competente.....	272
IV Recursos de internet.....	295

1. PRESENTACIÓN

Realizar una tesis doctoral sobre las personas mayores y la dependencia en el ámbito rural es, desde nuestro punto de vista, un reto socialmente necesario, pero que requiere un esfuerzo y una dosis de compromiso que espero haber cumplido mínimamente.

El envejecimiento es un fenómeno de capital importancia al que se está prestando una atención especial desde hace muchos años. Tanto el incremento progresivo del número de personas mayores como la complejidad de este grupo social invitan a un planteamiento cada vez más diversificado y específico.

En definitiva, no se trata solamente de conocer el envejecimiento, sino en qué condiciones se produce este evento. No es lo mismo envejecer siendo hombre que mujer, teniendo recursos económicos que careciendo de ellos, estando aquejado de limitaciones físicas o psíquicas que poseyendo la capacidad para movilizarse o ejecutar cualquier decisión. No se envejece del mismo modo cuando se tiene formación o cultura, que cuando se carece de ella; también existen diferencias, cuando ese proceso se produce en un hábitat urbano o en uno rural.

Esta tesis responde a este proceso de diversificación. Aborda las peculiaridades específicas del envejecimiento en el mundo rural, y plantea tanto las demandas de los mayores como las respuestas que se dan a sus necesidades en situación de dependencia en un contexto concreto: la provincia de Sevilla.

Se han relacionado dos grandes parámetros: el de la oferta de Servicios Sociales y el de la demanda, concluyéndose que el objetivo final es encontrar una solución adecuada, que armonice el deseo de los mayores y los recursos sociales actualmente disponibles para resolver el problema. No hay por qué oponer lo público a lo privado, sino que la lógica social apunta hacia políticas de convergencia y de complementariedad entre los Servicios Sociales públicos, ya sean del Estado, de las Comunidades Autónomas o de los entes locales, la ayuda informal y la oferta privada.

Desde este planteamiento se presenta la demanda de los mayores y la oferta que la Ley de autonomía personal y atención a las personas mayores en situación de dependencia (en adelante “Ley de la dependencia”) aplica a este sector de población de la provincia de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Presentar una tesis sobre personas mayores y dependencia en el mundo rural, como respuesta social a este colectivo, resulta a todas luces interesante e incluso prioritario en el momento actual de la aplicación de la "Ley de dependencia".

El envejecimiento es una realidad generalizada y en avance en el mundo desarrollado, pero alcanza cotas, casi nos atrevemos a señalar, preocupantes en el mundo rural, ya que, lo rural es una realidad compleja resultado de variables demográficas, económicas, políticas, sociales y culturales. (García Sanz, 1994).

Si en el conjunto de nuestro país las personas que sobrepasan los sesenta y cinco años superan ya el 17 por ciento, este porcentaje está por encima del 20 por ciento en el denominado mundo rural. Evidentemente, no todo el mundo rural está envejecido por igual. Este hecho es mayor o menor a tenor de las formas de hábitat (municipios más grandes o más pequeños), dependiendo asimismo del grado de envejecimiento y de desarrollo del conjunto de la región, así como de las formas de ocupación, que se han ido consolidando. Se puede señalar que el mayor envejecimiento rural es consecuencia de la distorsión de la estructura por edades, resultado de los fuertes flujos migratorios del campo a la ciudad, iniciados en los años cincuenta y acentuados a lo largo de la década de los sesenta y setenta, pero también de los procesos de retorno de prejubilados y/o de mayores jóvenes que están en auge desde la década de los ochenta. (López, 2010)

No es fácil recomponer la estructura poblacional de la sociedad rural. En los pueblos no hay muchos jóvenes y los que han quedado podrían marcharse en el futuro, si encontrasen ciertas ventajas en la salida. Aunque los que se encuentran en edad de procrear tienden a ser proporcionalmente más fecundos que los que viven en la ciudad, este grupo es cada vez más minoritario, por lo que resulta un tanto utópico esperar de ellos una recuperación de la población. La tendencia futura parece bastante clara: cada vez habrá más personas mayores en nuestra sociedad y en el medio rural esa proporción será cada vez mayor.

Además, no sólo se incrementará el número de personas mayores, sino que se producirá un mayor sobreenvjecimiento (proporción de habitantes de ochenta años y más). Desde esta perspectiva el INE ha estimado el crecimiento de este grupo en un 50 por ciento entre el año 1991 y el 2010 (Anuario estadístico de España, 1992) y Leguina (1995) avanza un crecimiento del 44 por ciento para Europa hasta el año 2020.

Obviamente, la prolongación de la vida determinará una presencia cada vez más numerosa de personas con algún grado de dependencia y en situación de mayor vulnerabilidad. Esta es, hoy por hoy, una consecuencia lógica de la esperanza de la vida: vivimos cada vez más años, pero lo hacemos, a partir de una determinada edad, en condiciones de mayor precariedad y de mayor dependencia. Esto constituye un problema añadido para nuestra sociedad, en general, y para las familias y cuidadores, en particular. En el caso del medio rural, el sobreenviejecimiento se verá agravado en los próximos años como consecuencia de que las cohortes más numerosas de mayores alcanzarán las edades avanzadas en el 2010. Este dato viene recogido en la tesis doctoral inédita de Alberto Saco (1997).

Hasta ahora el problema de las personas mayores estaba más o menos resuelto, porque detrás de ellos estaba presente una familia que social, moral y jurídicamente se veía impulsada a atender y cuidar de sus mayores por las siguientes razones:

- a) **Socialmente**, porque se respiraba en el ambiente que, cuando los padres empezaban a sentir el vértigo de la limitación y de la dependencia, ahí estaban los hijos, sobre todo las hijas, que tenían la obligación de hacerse cargo de ellos para resolver su problema.
- b) **Moralmente**, porque esta práctica formaba parte de los valores, mandatos y obligaciones asumidos por esa sociedad aquí y ahora .
- c) **Jurídicamente**, porque había un conjunto de leyes que se encargaban de recordar ciertas obligaciones filiopaternales, siempre que los hijos /as tuviesen tendencia al olvido.

Por todo ello habría que distinguir entre deber moral y deber legal, y señalar que se tiene la impresión de una separación del concepto del deber entre el Norte y el Sur. En el Sur, anclando el modelo tradicional de familia, el deber tiene un carácter de norma y ley social, mientras que en el Norte se trata de un deber moral. Conviene señalar, no obstante, que estas dos categorías están entremezcladas y que los límites entre las dos formas de actuar deben ser fluidas.

Por otro lado, la herencia ha actuado como un factor que ha movilizó sentimientos y responsabilidades, para que no decayera el compromiso tradicional. Ahora bien, la apelación sistemática a la familia como recurso obligatorio del cuidado y de la atención de los mayores tiene, cuando menos, algunas limitaciones.

Estudios recientes parecen demostrar que la familia es una institución sólida, Palacios (1998), Sánchez 2010, que aún no ha renunciado al deber de atender a los mayores, pero todos los estudiosos del tema reconocen que se están produciendo cambios profundos que debilitan la solidaridad intergeneracional y ponen ciertos límites al cumplimiento, por parte de la familia, de esta función, los cuales pueden erosionar en el futuro papel realizado por esta institución. Desde esta perspectiva el profesor Velázquez (2010) habla de “la crisis del cuidado a las personas mayores” como una nueva situación de nuestra sociedad.

El planteamiento anterior lleva a mencionar los siguientes cambios:

1°.- “La nueva estructuración de la familia tradicional” como consecuencia de los procesos migratorios. En la actualidad cerca del 50 por ciento de las personas vive en lugares diferentes a los de su nacimiento, lo que provoca una ruptura de los soportes familiares. En el mundo rural el porcentaje de movilidad es bastante menor, pero tiene en contrapartida que muchas familias hayan quedado sin el soporte y el apoyo de sus familiares. En los últimos cuarenta años se han marchado de los municipios rurales en torno a cuatro millones de personas (básicamente gente joven y con un predominio de mujeres), lo que está influyendo en la red social que tradicionalmente ha cuidado de los mayores, López (2010)

Una mirada rápida a las consecuencias de la emigración sobre la desestructuración de la familia rural apunta los siguientes hechos: un menor número de miembros por hogar que en la sociedad urbana; una importancia creciente de hogares unipersonales, envejecidos y relativamente algo más masculinizados; un aumento proporcional del número de solteros/as y una mayor proporción de familias en las que conviven tres o más órdenes generacionales. Alguno de estos aspectos se acentúan en las personas mayores, como es el componente de hogares solitarios y/o de hogares uninucleares integrados por matrimonio sin hijos. La ventaja es que en el mundo rural tiene, todavía, una mayor presencia la familia extensa, organización vinculada a la propiedad de la tierra y diseñada para perpetuar el patrimonio a costa de la integración del núcleo familiar del heredero en el hogar de sus progenitores. Así pues, en algunas zonas rurales, sobre todo en las zonas en las que pervive el heredero único o “mejorado” (casos de Cataluña, Cantabria, País Vasco y parte de Galicia), la institución familiar sigue funcionando en mayor medida como garantía de atención a los mayores. Además, las relaciones de la familia con los mayores se desarrollan en un contexto de cierta normalidad, sin distorsiones ni rupturas.

2°.- Es un hecho reiterado la apelación a **“la incorporación de la mujer al mercado de trabajo”**, para cuestionar el funcionamiento de la familia como soporte casi exclusivo en la atención a los mayores. La mujer como esposa, como hija, como nuera, o como nieta es la base en la que se ha apoyado el cuidado y atención de los mayores. De momento, parece que este hecho no ha repercutido de forma directa. Por un lado, la esposa sigue asumiendo su función de cuidadora principal y mientras pueda, está garantizado el cuidado del marido. Ahora bien, puede variar la forma en que se realiza dicha atención, dependiendo de cómo haya sido el tipo de relación. Se pueden distinguir hasta cuatro tipos de relación combinando la cohesión interna de las parejas y la distribución de papeles y labores en el hogar: a) parejas contractuales en las que uno de los esposos (generalmente la mujer) asume la mayoría de las labores de la vida cotidiana; b) parejas contractuales en las que las tareas se reparten de forma igualitaria; c) parejas no contractuales con relaciones de dominación de uno sobre el otro, y d) parejas no contractuales, con ciertas dosis de individualismo entre ellas, que genera un consenso tenue, pero que permite ciertas ayudas mutuas.

La incorporación de las hijas y nueras al mercado de trabajo puede ser mucho más problemático, puesto que puede dificultar esta relación; en la actualidad se soluciona el problema, porque la mujer ha suplido esta circunstancia con un aumento de las horas de trabajo.

No obstante en el mundo rural, cuando la mujer trabaja, se despierta una cierta solidaridad familiar y vecinal, que ayuda a resolver el problema. Pero las respuestas dadas hasta estos momentos no garantizan que se vaya a mantener la solidaridad entre generaciones en el futuro.

3°.- “El propio modelo de familia” puede condicionar la atención y el cuidado de los mayores. La familia como institución primordial es compatible con la existencia de una variedad enorme de formas de convivencia y con una tolerancia creciente de las mismas (Alberdi, 1995). La nuclearización y la individualización de los modelos de hogar, así como el crecimiento de los matrimonios sin hijos, y otras muchas formas, no parecen constituir bases sólidas para asentar un futuro que garantice el cuidado de las personas mayores. A ello se une el deseo de autonomía, derecho a la intimidad e independencia de las parejas, que contrasta con la responsabilidad y el deber que se tiene hacia los padres.

Pero no es solamente la familia la responsable de esta obligación. El Estado y sus instituciones han cubierto una buena parte de la demanda social, habiendo reducido en algunos campos el papel de la familia a una función subsidiaria. La existencia de estas instituciones no quiebra el principio de solidaridad familiar, sino que ofrece un nuevo marco para éste. La solidaridad familiar sigue actuando con carácter subsidiario (Alberdi, 1995).

Centrando en análisis en nuestro país, hay que reconocer los enormes esfuerzos que viene haciendo la Administración desde los años setenta/ochenta a través de las llamadas ayudas institucionales para dar una respuesta a la demanda de servicios sociales de las personas mayores, aun cuando se reconoce su carácter totalmente insuficiente. Ello se puede paliar a través de las actuaciones de la Administración autonómica, provincial o local, hecho que se está produciendo con desigual intensidad en las diferentes Comunidades Autónomas. Las enormes carencias de la Administración y la crisis del Estado de Bienestar centran nuestra atención en la familia, institución que de forma reiterada y constante ha resuelto, con más o menos éxito, la problemática de los mayores. Desde este planteamiento habría que tener en cuenta, por ejemplo, el artículo (El País, 25 y 26 de diciembre 1995) titulado "El Estado de malestar, en el que el sociólogo Manuel Castells argumentaba la no sostenibilidad del Estado de Bienestar, apoyándose en las razones siguientes: primero, por el deterioro de la relación entre cotizantes y beneficiarios de los sistemas de protección social; segundo, porque es imposible mantener gastos sociales por persona muchísimo más altos que los de otros países, en una economía global interdependiente; tercero, porque con las nuevas tecnologías las empresas dependen cada vez más de redes y colaboraciones laborales transitorias, lo que produce un desfase entre empleo productivo y cotizantes asalariados a la Seguridad Social.

No hay datos precisos, pero las diferentes fuentes consultadas apuntan a que un 80 por ciento de las situaciones de dependencia que se generan en las personas mayores se resuelven mediante la aportación de ayudas que proceden de la familia, porcentaje que aumenta en el medio rural.

Como ha señalado Lebris (1.993 pp 7 y 8): "la familia constituye en toda Europa el eje sobre el que pivota la ayuda a los mayores dependientes, cualesquiera que sean las estructuras familiares, sociales y sociopolíticas de los países. La omnipresencia de la familia en este asunto es ampliamente ignorada por la opinión pública (incluidos los propios cuidadores/as), fuertemente influida por los estereotipos reinantes sobre el desentendimiento de la familia con respecto a sus mayores". No

obstante, como señala el mismo autor, "domina la falacia común de que las familias se desentienden de sus miembros de edad más avanzada; esta falacia persiste a pesar de que los responsables de la formulación de medidas de política social de varios Estados miembros han empezado a ver la realidad más allá del mito". Se trata, probablemente, de una justificación que pretende encubrir la falta de apoyos, entonces, por parte de la Administración a los familiares en su función cuidadora.

Toda esta red de ayudas que se proporciona a las personas mayores por parte de parientes, amistades y vecindad que no se encuentra burocratizada ni formalizada y que presenta la virtualidad de añadir a la relación afectividad, es lo que se ha dado en llamar apoyo informal. La familia es hoy por hoy la única alternativa ante la insuficiencia de los cuidados que se prestan a los mayores en la comunidad o por la vía institucional. Se podría añadir una cuarta opción, la red vecinal, pero se trata en términos generales de una solución marginal que puede venir en apoyo de los cuidados y atención que se prestan en la familia, pero que en raras ocasiones puede sustituirla. Incluso la propia sociedad rural rechaza la apelación a los vecinos como sustitutivos de la familia. Más aún, el propio vecino tendería a retraer su colaboración desde el momento que notase la inhibición de los familiares más cercanos o presumiese que está siendo utilizado, Santos (2010)

Evidentemente, lo que hemos llamado redes de apoyo informal no son todas de la misma naturaleza, ni tienen la misma consistencia. En una investigación realizada sobre este tema (Clements y otros, 1992), se señala que las relaciones padres e hijos en el mundo rural no son del todo aleatorias, sino que dependen del modo de regulación económica y del tipo de familia que formaron los padres. Se pueden distinguir así varios modelos de esta relación:

- a) Cuando no se tienen hijos/as, se orientan las redes de relación hacia la familia de origen, y en ausencia de familia, la vecindad y la amistad constituyen la mayor parte del soporte; tenemos la sensación, señalan los responsables del estudio, "de que la ausencia de hijos y la imposibilidad de contar con tal apoyo, empujó a algunos a crearse redes de ayuda (o intercambio de ayuda), mientras que los que podían esperar una ayuda de un hijo a más o menos largo plazo, descuidaron esta posibilidad".
- b) La convivencia padres e hijos/as es mucho más frecuente en el mundo rural (50 por ciento frente a 25 por ciento), dándose la circunstancia de que esta convivencia en pocos casos es el resultado de un deterioro

físico, sino que obedece a que por una razón u otra los hijos no se marcharon de casa (heredero único, hijos de madre soltera, hijos minusválidos, solidaridad). Interés económico y solidaridad familiar son dos variables que funcionan con cierta frecuencia en el mundo rural para mantener los lazos familiares. El interés económico suele estar presente en los sistemas económicos de heredero único que sucede al padre para continuar la explotación, y la solidaridad suele funcionar en situaciones extremas en las que los hijos se resisten a abandonar el hogar de padres enfermos o imposibilitados. En ambas situaciones, el cuidado de las personas mayores se descarga sobre la mujer, sea hija o sea nuera.

- c) Relaciones frecuentes entre padres e hijos/as, pero sin convivencia. Este tipo de relación ha recibido el nombre de "intimidad a distancia." Esta relación se suele polarizar en torno a un hijo/a, pero con la colaboración más o menos frecuente e intensa de los demás hijos. En ocasiones se produce un acercamiento de los padres a los hijos o de los hijos, generalmente de las hijas, hacia los padres, para favorecer el cuidado. Probablemente este es un hecho que está teniendo cierta importancia en los procesos de retorno y que se va a acentuar en el futuro.
- d) Relaciones padres e hijos/as menos frecuentes. Si se produce una situación de incapacidad y dependencia hay una tendencia a incrementar las relaciones, sobre todo entre los que mantienen relaciones más frecuentes. La nota a destacar es que, en esta situación, la composición familiar no parece actuar como un hecho decisivo a la hora de mejorar las relaciones con los padres

4º.- Un principio general en todos los países de la Unión Europea es el de mantener a las personas mayores no autónomas en su medio y en su lugar, **"envejecer en casa"**. Las opciones que se presentan son: "entrega de la responsabilidad a la familia y abandono (o no intervención) del Estado, o asunción de la responsabilidad por el Estado, con exención de tal responsabilidad, pero no abandono, para la familia" (Lebris, 1993, p. 29). La variedad de situaciones es muy amplia y se puede representar en una especie de continuo en el que en un extremo se encontraría el Estado como responsable exclusivo de la atención a los mayores y en el

otro la familia como capitalizadora de esta situación. Dinamarca y Alemania parece que se encuentran en polos opuestos, no esperándose, en Dinamarca, que la familia preste cuidado a sus mayores, o que lo haga el Estado en Alemania. Grecia, Reino Unido, Francia, Bélgica y Países Bajos intentan mantener un cierto equilibrio entre familia y Estado en el reparto de responsabilidades en el cuidado a los mayores. España y Portugal se acercarían más al modelo alemán.

Pero el hecho de que la familia asuma una función tan importante en el cuidado de los mayores no faculta al Estado, para que se desentienda de esta cuestión, sino que le insta a que defina de forma clara sus posiciones y ponga en juego grandes recursos de que dispone para dar una respuesta adecuada al problema. El Estado puede estar a la expectativa para suplir las deficiencias de la sociedad (actitud negativa) o puede plantearse de forma positiva la actuación en este terreno. La acción del Estado no tiene por qué absorber o eliminar responsabilidades de terceros, sino que puede ser un vehículo para estimularlas, incentivarlas, protegerlas e, incluso, organizarlas. Este es un camino por andar, según criterio de García Sanz (1997) que compartimos. Camino que no implica necesariamente importantes costes económicos y que puede ayudar a mejorar la cobertura de servicios sociales, así como las relaciones entre los responsables directos y los destinatarios.

En esta línea situamos la aplicación de la Ley de dependencia que consideramos está en la buena dirección para solucionar los nuevos problemas planteados por los cambios sociales y familiares acaecidos en los últimos años y que con su aplicación tanto beneficio está ocasionando a las familias con personas dependientes en el ámbito rural, en nuestro caso en la provincia de Sevilla.

CAPÍTULO 1:

VEJEZ, ENVEJECIMIENTO, PERSONAS MAYORES.

INTRODUCCIÓN.

En este capítulo se trata de especificar tres aspectos, que consideramos de capital importancia: la vejez como etapa, el envejecimiento como proceso y los mayores como personas.

En primer lugar, se describe la vejez como otra etapa más del desarrollo bio-psico-social de las personas, aunque la indefinición que la caracteriza no será obstáculo para intentar precisar más la extensión de la etapa y sus características definitorias.

En segundo lugar, se trata sobre el envejecimiento como proceso de cambio en el desarrollo del ciclo vital, y, por tanto, objeto de estudio, tanto de psicólogos evolutivos, y de la educación, como de los psicopedagogos, muy especialmente, a través de la Gerontagogía, como nueva disciplina orientada al aprendizaje de las personas mayores.

En tercer lugar, se trata sobre las personas mayores como seres concretos en busca de su propia identidad, intentando dar respuesta a la doble pregunta: ¿existe una forma estándar de envejecer o una particular forma de hacerlo?

Termina el capítulo con un breve resumen sobre el envejecimiento de la población y sus consecuencias.

1.1. LA VEJEZ COMO ETAPA.

La vejez se puede considerar que comienza en un momento no bien definido del ciclo vital. Desde la psicología del desarrollo, los autores han denominado vejez a la última de las etapas del ser humano: infancia, adolescencia, edad adulta y vejez. Pero, así como está claro que la infancia comienza cuando empieza la vida fuera del útero materno, la adolescencia cuando empieza los primeros embates de la pubertad y la edad adulta, cuando el individuo es independiente socio-económicamente, ¿a qué edad comienza la vejez? ¿se puede concretar? ¿se puede acortar esta etapa?.....

Una gran parte de las personas, creen que la vejez no está necesariamente asociada a la edad y que son otros factores como perder la ilusión por la vida o el deterioro físico y mental los que marcan su comienzo (Fernández-Ballesteros, 1999, 2004). Sin embargo, algunos otros sí que consideran una determinada "edad cronológica", como la frontera de la vejez. La respuesta no está clara ni para las personas legas ni para los científicos, pues no existe una edad en la que suceda algo concreto que haga al individuo entrar en la vejez.

Como la edad cronológica parece que no es un buen identificador de la vejez, los autores se han ocupado del concepto de "edad funcional" como aquel predictor obtenido de diferentes indicadores sobre el funcionamiento biológico, social y psicológico (o biopsicosocial) del individuo lo que definiría la vejez. Así, por ejemplo, la edad funcional vendría dada por indicadores como, por ejemplo, procedentes del ámbito biológico, la menor elasticidad cutánea; desde el plano psicológico, un mayor tiempo de reacción, o desde la perspectiva social, una menor productividad. Sin embargo, poco se ha avanzado en este sentido y la edad funcional ha quedado como un concepto difícil de definir.

Una última vía de acercamiento a la definición de vejez procede de la "socioeconomía". Porque la vejez, en una determinada sociedad, está asociada a la asignación de roles. Así, en los países desarrollados, la vejez empieza cuando se produce la jubilación de las responsabilidades laborales. Es cierto que, en ciertas profesiones liberales, no existe un momento reglado de abandonar el trabajo, pero estos casos son minoritarios y se suele equiparar la vejez con la edad de jubilación.

Centrándonos en España, podríamos decir que, aproximadamente, la vejez comienza a los 67 años. Ello no quiere decir que a los 67 años suceda psicológica o

biológicamente nada radical, sino que son los roles sociales y laborales los considerados el principal marcador de la vejez.

Tratando de presentar la cuestión en forma sintética, podríamos considerar la vejez como aquella "etapa de la vida" que (en países desarrollados) empieza con la jubilación o el retiro de las funciones laborales". Sin embargo, ello no nos debe dejar conformes, ya que estamos atribuyendo a una condición social, la jubilación, el elemento clave para definir la vejez.

En todo caso, la utilidad de un sistema de clasificación de la vida humana basado en la edad es muy relativa. Los psicólogos se han ocupado de las pautas de desarrollo psicológico más comunes de esas determinadas etapas, pero, aunque existen diferencias bio-psicológicas en momentos como en la infancia o la adolescencia, como se ha dicho, tan sólo pueden encontrarse identificadores de diferenciación social en el caso de la edad adulta.

En cualquier caso, y una vez que hemos establecido una consideración laboral de la vejez, conviene enfatizar lo circunstancial, temporal y espacial. Si a principios de este siglo se denominaba persona mayor a un hombre/mujer de 50 años. Hoy día, hablamos de 67 y en los próximos cien años, la consideración cronológica de vejez se alterará varias veces, según la esperanza de vida siga en ascenso y los avances de las ciencias de la salud y sociales logren un envejecimiento saludable.

Por otra parte, también conviene mencionar que la vejez es una abstracción y como tal la definimos en función de una serie de "características de las personas" pero, a la vez, la vejez tiene distintos sinónimos. Así, ancianidad o tercera edad son otras denominaciones que recibe y, es más, cuando nos referimos no ya a la vejez sino a "los viejos/as", solemos denominarlos "los mayores". La cuestión no es baladí. En una encuesta realizada a una muestra representativa de españoles mayores de dieciocho años se les preguntó cuál era el mejor apelativo para hacer referencia a las personas mayores de sesenta y cinco años. La denominación más adecuada fue la de los "mayores", seguida de la "tercera edad" y muy pocas personas consideraron adecuados los términos "viejo" o "anciano", ya que ambos parecen contener elementos semánticamente negativos (Cires, 1995).

1.1.1. Descripción histórica de la vejez.

El interés por la vejez y los procesos de envejecimiento ha sido una constante a lo largo de toda la historia de la humanidad. Los seres humanos de todos los tiempos se han interesado por la prolongación de la vida y la posibilidad de la eterna juventud. Ello podría entenderse más como un interés por luchar contra la muerte que como una verdadera motivación científica por el estudio de la vejez o el envejecimiento. Sin embargo, está claro que en distintos períodos históricos existen claras y genuinas muestras del interés por el estudio de la vejez y el envejecimiento. Tres son los períodos en los que podemos agrupar los más claros exponentes históricos de la gerontología: precursores, antecedentes científicos y consolidación (véase Birren, 1996; Lehr, 1980 y Fernández-Ballesteros, 2004).

A) Precursores

La vejez fue ya abordada en los textos antiguos; así, en el Antiguo Testamento se destacan las virtudes que adornan a las personas mayores, su papel de ejemplo o modelo, así como de guía o enseñanza. En esta misma línea, en textos egipcios y griegos, se encuentran alusiones a la sabiduría de los mayores y al debido respeto del que son acreedores por parte de los más jóvenes.

Como ocurre en otras disciplinas, es en la filosofía donde podemos encontrar claros antecedentes de la gerontología. Así, Platón (427-347 a.C.), presenta una visión individualista e intimista de la vejez, resalta la idea de que se envejece como se ha vivido y de la importancia de cómo habría que prepararse para la vejez en la juventud. Así pues, Platón es un antecedente de la visión positiva de la vejez, así como de la importancia de la prevención y profilaxis.

Por el contrario, Aristóteles (384-322 a.C.) presenta lo que podríamos considerar unas etapas de la vida del hombre: la primera, la infancia; la segunda, la juventud; la tercera -la más prolongada-, la edad adulta; y la cuarta, la senectud, en la que se llega al deterioro y la ruina. Incluso en "*Degeneratione animalium*" considera la vejez como una enfermedad natural.

Vemos que estas dos visiones antagonistas y contradictorias de la vejez, que se dan ya en Platón y Aristóteles, van a verse representadas a todo lo largo de la historia del pensamiento humano.

Así, por ejemplo, Cicerón (106-43 a.C.) en su obra "De Senectute" presenta un panorama positivo de la vejez planteando, a través de ejemplos de personajes históricos griegos y romanos, las realizaciones logradas por personas de edades avanzadas y se recrea en las virtudes que adornan a los mayores: "... Las facultades que se refieren al mundo del espíritu crecen con la edad en los varones mejor dotados y de más clara inteligencia... dado que los ancianos son los que poseen entendimiento, razón y capacidad reflexiva... No es con la fuerza corporal, la agilidad o la rapidez como se hacen grandes cosas, sino por medio del pensamiento, la superioridad de la mente y la preeminencia de la propia opinión, cualidades de las que la vejez no sólo no se ve despojada, sino de las que se suelen encontrar enriquecida en mayor medida que antes". Por el contrario, Séneca (4-65 d.C.), siguiendo la línea de pensamiento de Aristóteles, considera que la vejez es una enfermedad incurable y que lleva consigo la decrepitud mental y física.

B) Antecedentes científicos

Algunos autores consideran que es Francis Bacon (1561-1626) y concretamente, su trabajo "History of Life and Death" (Historia de la vida y de la muerte) el que inaugura la investigación científica en gerontología en el siglo XVII. En este texto, Bacon plantea una idea precursora que se cumplirá tres siglos después, a saber, que la vida humana se prolongaría en el momento en que la higiene y otras condiciones sociales y médicas mejorasen. Sin embargo, aunque podamos contar con estas ideas geniales, no es hasta el siglo XIX cuando el trabajo científico en gerontología comienza.

El francés Quetelet (1796-1874) es el primero que expresa claramente la importancia del establecimiento de los principios que rigen el proceso a través del cual el ser humano nace, crece y muere. En sus obras "Sur l'homme et le développement de ses facultés" (Sobre el hombre y el desarrollo de sus facultades) y "Anthropométrie" se plantea una serie de presupuestos sobre la investigación científica rigurosa sobre el envejecimiento y aporta una serie de datos empíricos sobre aspectos tales como las covariaciones entre factores de edad, sexo, profesión, hábitat o cómo el talento progresa desde los cincuenta años o las relaciones entre peso y estatura, peso y edad y situación económica.

Francis Galton (1832- 1911), británico, altamente influido por Quetelet, trabaja en las diferencias individuales sobre características físicas, sensoriales y motrices,

datos que presenta en su obra “Inquiri into human faculty and its developments” (Estudios sobre las facultades humanas y su desarrollo). Llega a estudiar a alrededor de 9.000 personas de entre 5 y 80 años en diecisiete funciones elementales e incluso establece elaboraciones desde elementos moleculares sensoriales y motores a conclusiones sobre capacidad mental y cambio y estabilidad a lo largo de las distintas edades a través de un índice de covariación con el que examina, también, la asociación entre variables.

Un autor que conviene resaltar es Stanley Hall (1844-1924), psicólogo norteamericano que en su obra “*Senescence, the last hay of life*” (1922; Senectud, la última mitad de la vida) trata de contribuir a la comprensión de la naturaleza y de las funciones de la vejez, ayudando al establecimiento de la ciencia de gerontología contradiciendo el modelo deficitario tan al uso entonces. Uno de sus descubrimientos empíricos es el de haber resaltado que las diferencias individuales en la vejez son significativamente mayores que en las que aparecen en otras edades de la vida.

Finalmente, el ruso Pavlov (1894-1936) en sus estudios sobre el sistema nervioso central y los procesos reflejos y de condicionamiento, en la comparación de animales jóvenes y viejos, pone de relieve el más lento condicionamiento de los organismos mayores, lo cual atribuye a una menor conductibilidad de las vías nerviosas.

C) Consolidación

La historia reciente de la gerontología científica se inaugura con el norteamericano Cowdry (1939) y concretamente, con el texto por él dirigido “*Problems of Aging*” (Problemas del envejecimiento). En esta obra, al tratamiento de las condiciones médicas y físicas de la edad, se incorporan aspectos psicológicos y sociales por lo que puede ser considerado un primer tratado de gerontología. Es también en 1939, bajo los auspicios de la Macy-Foundation, cuando se funda en Estados Unidos la primera asociación para la investigación del envejecimiento (Club for Research on Aging).

Pero es después de la Segunda Guerra Mundial cuando se desarrollan la mayor parte de asociaciones de gerontología, comenzando por la norteamericana (Gerontological Society) en 1945. La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología es creada en 1948, y por las mismas fechas o poco después otras muchas asociaciones europeas y latinoamericanas, entre las que destaca la Asociación

Internacional de Gerontología, fundada en Lieja en 1948. Más recientemente es en nuestra comunidad autónoma la Sociedad Andaluza de Geriátrica y Gerontología.

También en estas fechas empiezan a publicarse órganos de expresión de la gerontología científica, comenzando por el "Journal of Gerontology" publicado en 1946, una de las revistas de mayor reconocimiento e impacto. Así, también por estos años empiezan a producirse reuniones científicas nacionales e internacionales en las que se presentan los desarrollos científicos que, primero lentamente y después con inusitado vigor, van produciéndose. Así, durante la segunda mitad del siglo XX ocurre la definitiva expansión de la gerontología. Sería imposible presentar aquí una muestra representativa de estos desarrollos. Lo más importante es que tanto desde el punto de vista académico y científico (Programas de formación en gerontología, asociaciones, revistas y otros medios de difusión, congresos y reuniones, etc.) como desde el asistencial y sociopolítico (políticas, programas y planes gerontológicos, movimientos asociativos, partidos políticos de mayores, etc.), existen miles de pruebas de la importancia de la gerontología a fines del siglo XX; incluso 1999, fue considerado por Naciones Unidas como el año internacional de las personas mayores y en el 2002, en el que se celebró la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Madrid.

En la Universidad Hispalense se imparte un Experto Universitario en Gerontología Aplicada desde el curso 2002-2003, en el que tengo el honor de participar como profesor.

1.1.2. Clasificaciones de la vejez.

Continuando con nuestro análisis, en este epígrafe se pone el acento sobre cómo clasificar la vejez, ya que una cosa es establecer la frontera de la vejez y otra muy distinta determinar una tipología o una clasificación de ésta. Sea cual fuese la edad o la frontera de la vejez, cabe preguntarse: ¿existen varios tipos de vejez o de envejecimiento?, ¿es la vejez homogénea o heterogénea?

Con base en la edad cronológica, Neugarten (1975) establece dos categorías de vejez: los *jóvenes-viejos*, que abarcaría de los 55 años a los 75 años, y la de *viejos-viejos*, que se situaría a partir de los 75 años. Riley (1988) modifica los rangos de edad de estas dos categorías y considera que los "jóvenes-viejos" son aquellos entre 65 y 74 años, los "viejos-viejos" los situados entre 75 y 85 años, considerando a las personas mayores de 85 como los "viejos más viejos" o lo que otros denominan cuarta edad.

En todo caso, las clasificaciones con base en la edad cronológica nos dicen muy poco respecto a la forma de envejecimiento; son mucho más atractivas aquellas que hacen referencia a cómo se envejece, lo cual, a su vez, aparece muy ligado a la edad funcional. En esta línea, Busse (1969) estableció una importante distinción entre envejecimiento primario y secundario. Por *envejecimiento primario* debemos entender los cambios inherentes al proceso de envejecimiento. Por el contrario, el envejecimiento secundario hace referencia a cambios causados por la enfermedad que son reversibles o que, en sí mismos, no están causados por la edad sino por un covariante de ésta.

Muy ligada a los procesos primario y secundario se encuentra la diferenciación entre el envejecimiento y la senescencia o senectud. Este término ha de ser diferenciado de vejez; mientras que la vejez implica cambios debidos al tiempo (y, éstos pueden ser positivos, negativos o neutros, según el observador), la senescencia es definida como la progresiva pérdida de estabilidad de los sistemas biológicos, la cual incrementa la probabilidad del fallo del sistema (Yates, 1996).

Cualquiera que sea la terminología que se utilice para establecer una frontera entre la estabilidad y el cambio normal o patológico, ello lleva consigo una importante polémica en relación con si es posible distinguir entre ambos o no. Pero lo más importante es que esta distinción permite una clasificación funcional, a saber: vejez normal y vejez patológica (tipos de vejez que son sumamente útiles a niveles descriptivos). Por vejez normal se entiende aquella que cursa sin patologías; por el contrario, la vejez patológica es aquella que está asociada con múltiples patologías, frecuentemente crónicas. Como puede fácilmente comprenderse, esta clasificación es excesivamente drástica; por ello, otros autores han completado la vejez normal y la vejez patológica con un tercer tipo de vejez: la vejez saludable, competente, satisfactoria o con éxito (Baltes y Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 1986, 1998; Rowe y Khan, 1997). Este tipo de vejez viene definida como: "baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada junto a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso activo con la vida" (Rowe y Kahn, 1997, p. 433).

1.1.3. Denominaciones de la vejez.

Partimos de la base de que el lenguaje no es neutro y como consecuencia de ello toda lengua tiene distintos vocablos para denominar las etapas de la vida que

corresponden a distintas edades: niñez, juventud, edad adulta, vejez. A su vez, esas distintas denominaciones entrañan valoraciones diferentes. Así, tratando de examinar qué componentes valorativos tienen tales términos, se preguntó a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años ($N= 1.200$) qué adjetivos definían mejor a los "jóvenes", a los "adultos" y a los "mayores". Los cuatro primeros calificativos más utilizados para los jóvenes fueron "activo", "alegre", "impulsivo" y "rápido"; a los adultos se les calificó como "activo", "sereno", "inteligente" y "útil"; finalmente los mayores fueron calificados como "lento", "sereno", "triste" y "pasivo". Vemos cómo las distintas edades son valoradas de forma distinta -aunque compartan algunos calificativos (la "actividad" se utilizó tanto para los adultos como para los jóvenes, y la "serenidad" se utilizó tanto para los mayores como para los adultos)-, a la vez que la vejez es valorada con adjetivos más negativos que las otras edades, es decir, los jóvenes y los adultos (para ampliar la valoración de las distintas edades, véase Fernández-Ballesteros, 1992).

Además, no sólo los científicos han ideado distintos tipos de vejez, sino que éstos, de una manera u otra, se encuentran en el idioma. Así, en español, para referirnos a las personas de mucha edad lo hacemos con términos tales como "viejo", "anciano", "tercera edad" y "persona mayor" (amén de otros, más coloquiales, como "carroza", "canica" etc.). Cabe preguntarse: ¿son estas denominaciones intercambiables entre sí?

Para contestar a esta cuestión también se interrogó a las personas que componían una muestra representativa de la población española mayor de 18 años ($N= 1.200$) cuál sería la denominación más apropiada para referirse a las personas mayores de 65 años. El 51% de los encuestados consideró que "mayor" es el término más adecuado, el 23% respondió que "tercera edad", el 14% consideró que el más oportuno era el de "anciano" y, finalmente, tan sólo un 5% respondió que el de "viejo". Indagando cualitativamente si existían diferencias entre las cuatro rúbricas semánticas, se estableció que el vocablo "anciano" equivalía a la vejez patológica y, en términos de edad, a los mayores de 75/80 años; "tercera edad" correspondería a aquellas personas de edad que se benefician de programas públicos de ocio y tiempo libre ("los del IMSERSO"), "viejo" parece ser un término despreciativo (al menos en el español de España) y, finalmente, "mayor" estaría (hasta el momento) libre de componentes peyorativos y, por tanto, sería el término más descriptivo y neutro y de ahí su mayor utilización actualmente.

1.1.4. Ideas falsas sobre la vejez.

Las connotaciones semánticas diferentes de los términos referidos a la edad son indicadores de la existencia de ciertas falsas concepciones en torno a la vejez que conviene examinar, aunque sea brevemente.

Diferentes estudios han puesto de relieve que tanto la gente de la calle como los profesionales que se ocupan de las personas mayores tienen una serie de conceptos apriorísticos de lo que sucede en la vejez que, en su mayor parte, son negativos (véase, por ejemplo, Fernández-Ballesteros, 1992). Así se supone que la vejez conlleva, necesariamente, deterioro intelectual, enfermedad física, incapacidad funcional y otras muchas lacras. Estas concepciones son falsas, ya que tan sólo aproximadamente un 7% de población mayor de 65 años está afectada de patología demencial (aunque es cierto que ese porcentaje varía y se incrementa en cada década), dos tercios de personas mayores gozan de buena salud y tan sólo una de cada diez personas mayores de 65 años presenta dependencia (proporción que se incrementa en las décadas siguientes). Estos estereotipos y falsas creencias proceden, muy probablemente, de una generalización de la investigación gerontológica sobre el "mayor". En otras palabras, los gerontólogos y geriatras que se ocupan de un tipo de vejez, la vejez necesitada (de los viejos-viejos o de la vejez "patológica"), tienden a generalizar indebidamente los atributos de la población atendida a la vejez normal o, en otros términos, a todos los mayores, asumiendo que todos ellos padecen las anomalías de los atendidos.

La Organización Mundial de la Salud, ha alertado sobre este hecho recomendando que se desarrollen programas, dirigidos tanto a los profesionales que se ocupan de la vejez como a los propios mayores y sus familiares, para combatir tales estereotipos, y ello por los efectos negativos que estos prejuicios tienen en la intervención social y sanitaria, ya que pueden convertirse en profecías que se cumplan. Lógicamente, hay que suponer que el gerontólogo, formado extensamente en vejez y envejecimiento, no puede (o no debería) tener falsas concepciones, dado que ello conllevaría una formación inadecuada en gerontología y una intervención perjudicial para los mayores, Velázquez (2010).

1.2. EL ENVEJECIMIENTO COMO PROCESO.

Cuando hablamos de proceso nos referimos a los cambios que ocurren a lo largo de la vida de las personas en su caminar hacia el envejecimiento, proceso que se inicia desde el mismo momento del nacimiento, como parece obvio.

Durante el envejecimiento se producen una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Aunque durante mucho tiempo se ha equiparado el envejecimiento a pérdidas, se ha comprobado que hay funciones o capacidades que mantienen su actividad o incluso pueden llegar a mejorar gracias a la puesta en práctica de determinados estilos de vida.

Así, a medida que se envejece pueden observarse cambios en la apariencia física (pelo, cara...), como en el funcionamiento orgánico, por ejemplo, en el sistema cardiovascular (cambios estructurales, pérdida de elasticidad...) y sensorial (vista, oído...). Algunos de estos cambios pueden afectar de forma diferente a cómo se actúa ante determinadas situaciones. Además, estos cambios pueden originar repercusiones en la calidad de vida de las personas mayores, así como sobre su autoestima.

Con el paso de los años se producen cambios en el funcionamiento cognitivo y afectivo. Aunque tradicionalmente se consideraba este periodo de la vida como deficitario, existen evidencias que muestran que el desarrollo de determinadas estrategias contribuye a compensar las pérdidas.

Además, el envejecimiento está ligado a cambios en los roles sociales y, frecuentemente a la pérdida de algunos de ellos, como es el caso de la jubilación. Asimismo, se suelen producir cambios en las relaciones familiares, y la adquisición de nuevos roles como es el caso de las personas mayores que tienen nietos. La viudedad constituye otro suceso que modifica la vida de las personas afectadas y que afecta a su actividad social.

No obstante, cada persona envejece de un modo y a un ritmo diferente, de modo que la característica principal de las personas mayores es precisamente su heterogeneidad su particular forma de envejecer que configuran seres diferentes, aunque uniformados por la edad.

A medida que las personas envejecen se van diferenciando cada vez más en sus capacidades o habilidades funcionales o sociales debido a sus factores genéticos y los estilos de vida que se han puesto en práctica a lo largo de su trayectoria vital.

No obstante lo expuesto hasta aquí, parece conveniente hacer una distinción entre el proceso de envejecimiento que ocurre a lo largo de la vida y la vejez como un estado que comienza en un momento no bien definido del ciclo vital. En realidad, el proceso de envejecimiento empieza cuando empieza la vida, de forma tal que no hay vida orgánica sin envejecimiento. Así, podría decirse que el envejecimiento es vida y vivir conlleva, necesariamente envejecimiento. A lo largo de ese proceso se producen unos patrones de cambio y de estabilidad así como de desarrollo y declive. El juego entre todos esos mecanismos nos dará como resultante un determinado estado en el organismo objeto de estudio.

1.2.1. Teorías sobre el envejecimiento.

El proceso de envejecimiento es tan importante que se ha analizado desde diferentes perspectivas intentando todas ellas dar una explicación al por qué envejecemos. Tema éste no exento de dificultad debido a su complejidad.

A continuación, se van a presentar brevemente tres bloques de teorías que corresponden al modelo bio-psico-social de explicación del envejecimiento:

A) Teorías biológicas

Los biólogos han dado lugar a decenas de teorías sobre el envejecimiento; antes de proceder a describirlas, aunque brevemente, habremos de considerar algunos conceptos básicos que se encuentran en toda teoría biológica. Así, un planteamiento básico en todas ellas es que el organismo individual experimenta tres etapas esenciales: 1) crecimiento y desarrollo; 2) madurez, e 3) involución y declive. Estas tres etapas se suceden inexorablemente a menos que existan error biológico o muerte por accidente del organismo o una alteración plástica y/o funcional que precipite la muerte del individuo.

Un segundo planteamiento que conviene resaltar es aquel que postula que durante el envejecimiento se producen dos procesos difícilmente separables: el declive fisiológico y la mayor frecuencia de enfermedades. Los autores no se ponen de

acuerdo en si ambos procesos son independientes o interdependientes (véanse, por ejemplo, Arana, 1996; Yates, 1996)entre otros.

Finalmente, teniendo en cuenta todo eso, parece importante averiguar cuáles son los procesos que mantienen al organismo vivo y lo protegen de las enfermedades. Según Yates (1996) existen una serie de procesos básicos que logran la continuidad de la existencia del organismo con éxito.

Todos estos mecanismos pudieran ser clasificados según tengan que ver con la dotación genética y la expresión fenotípica. En la actividad celular y la participación de los grandes sistemas de regulación, como son el sistema nervioso, el endocrino y el inmunológicos y, naturalmente, con su participación en la capacidad de adaptación a las condiciones ambientales. Teniendo en cuenta estos planteamientos y estos mecanismos biológicos, pasaremos a citar algunas de las más importantes teorías biológicas sobre el envejecimiento: teorías genéticas, teorías celulares, teorías sistémicas, teorías de los eventos vitales biológicos y otras teorías como la del desgaste (los elementos de los sistemas biológicos acaban por gastarse), de los desechos (el equilibrio normal del organismo queda debilitado), del antagonismo pleitrópico (los sistemas biológicos están preparados para la reproducción, no para el mantenimiento); todas ellas suponen más bien consideraciones descriptivas que teorías explicativas (para una revisión, véanse Arana, 1996; Austad,1997; Yates,1996 y Fernández-Ballesteros, 2004).

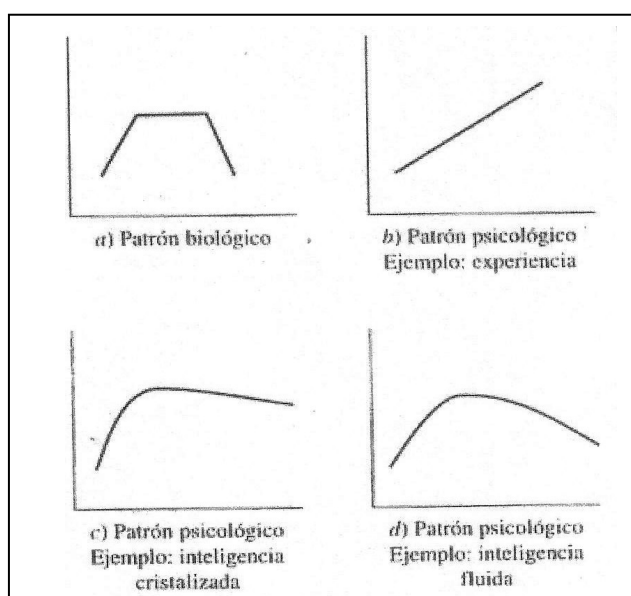
Austad (1997) revisó en forma muy divulgativa los distintos "por qué" del envejecimiento, así como los distintos tratamientos de la vejez que desde las distintas teorías existen. Su postura crítica lleva consigo lo que uno a uno, todas ellas sean desmontadas por ineficaces. Este autor postula que en los próximos años la investigación sobre el genoma humano dará sus frutos y se llegará a manipular el envejecimiento desde su base genética. Así termina diciendo que después de centurias de falsas esperanzas, el envejecimiento está presto a la manipulación científica. Es éste un excitante momento tanto para sobrevivir como especialmente excitante para ser gerontólogo. Contrariamente a lo sostenido, Austad (biólogo) apuesta por una sola teoría genética explicativa del envejecimiento y la senescencia. La pregunta candente que permanecería tras la (probable) manipulación genética del envejecimiento es la siguiente: ¿qué efectos tendría sobre los sistemas psicológicos y sociales el control genético del envejecimiento?

B) Teorías psicológicas

Siguiendo a Fernández-Ballesteros (2004), hemos de decir que si somos precisos, podemos comenzar esta sección con una modesta afirmación: no existen teorías psicológicas explicativas de la vejez o el envejecimiento. En otros términos, las llamadas "teorías psicológicas sobre el envejecimiento" tan sólo nos permiten describir y, si acaso, predecir los cambios que con el tiempo (y la edad) se producen en el funcionamiento psicológico de las personas.

También, como afirma la misma autora, en el caso de las teorizaciones psicológicas debemos partir de algunos supuestos de base. En primer lugar, como en las teorías biológicas lo que se pretende es establecer qué cambios (crecimiento, estabilidad o declive) ocurren en el funcionamiento psicológico con el paso del tiempo y con la edad. Sin embargo, un segundo supuesto bien establecido es que no todos los cambios que se producen en el psiquis humano se ajustan al patrón de funcionamiento biológico antes descrito (crecimiento y desarrollo/ madurez/ declive y muerte). En el gráfico 1 presentamos, esquemáticamente, el patrón de envejecimiento biológico (a) y los patrones de envejecimiento, psicológico (b, c y d). Como vemos, mientras que en el patrón de funcionamiento biológico existe un período de desarrollo (crecimiento), otro de madurez (estabilidad) y uno, final, de declive (involución), en el funcionamiento psicológico existen aspectos que se incrementan a todo lo largo del ciclo de la vida, otros que tras un período de desarrollo permanecen constantes y, finalmente, otras condiciones que se ajustan, más o menos, al patrón biológico.

Gráfico nº 1. Patrones esquemáticos de envejecimiento.



Fuente: Fernández-Ballesteros (2004), p.46.

La justificación de estas diferencias es altamente compleja; lo más importante es señalar que no se puede parangonar (isomórficamente) la evolución biológica a la psicológica, entre otras cosas porque, como señala Gould (1981), la evolución biológica se rige con arreglo a principios darwinianos, mientras que el ser humano es un ser, no sólo biológico, sino también sociocultural (rigiéndose por principios lamarkianos); de ahí que existan funciones psicológicas que presenten desarrollo constante o, tras un máximo desarrollo, constante estabilidad.

La última aclaración que conviene hacer se refiere a la distinción entre "declive" y "deterioro" (paralelamente al envejecimiento primario y secundario); por declive se entiende el decremento que experimenta una determinada función psicológica en la mayor parte de seres humanos considerado en términos de normalidad estadística. Contrariamente, por deterioro se entiende cuando este decremento se desvía significativamente de la media del grupo y, por tanto, puede considerarse "anormal", apareciendo, generalmente, en presencia de patologías biológicas contrastadas.

Una vez realizadas estas precisiones, vamos a citar sintéticamente una serie de teorías, las cuales son agrupadas en grandes categorías:

- a) Teorías del desarrollo; b) Enfoque del ciclo vital; c) Teoría de la actividad, d) Teoría de la continuidad y e) otras teorías.

Desde la Psicología, se postulan otras muchas teorías, la mayor parte de ellas muy recientes, por lo que no existe evidencia que las apoye (para una revisión, véase Schroots, (1996,1995) y Fernández Ballesteros (2004). La gran parte de ellas son microteorías desde las que se tratan de explicar aspectos específicos de cambio psicológico. Entre ellas cabe destacar la de recursos de procesamiento reducidos, formulada por Salthouse (1982) en los años ochenta con el fin de explicar el declive en el funcionamiento cognitivo en la que la velocidad de procesamiento es el concepto básico en la "explicación" del declive cognitivo. Finalmente, una perspectiva sumamente prometedora es la formulada por científicos de la corriente llamada genética conductual desde la que se tratan de examinar los efectos diferenciales de lo genético y ambiental en las diferencias psicológicas en el envejecimiento.

B) Teorías sociológicas

Los distintos autores en el ámbito de las ciencias sociales (y, esencialmente, en el de la sociología) han establecido agrupaciones teóricas consonantes con las propias teorías sociológicas. Así, Marshall (1996) establece un listado exhaustivo de teorías propuestas por distintos autores. Sin embargo, desde una perspectiva más amplia, puede verse que la mayor parte están inspiradas bien en el interaccionismo simbólico, bien en la teoría de la estructura social (véase también Bazo, 1990; Misha y Riedel, 1986 y Fernández-Ballesteros, 2004). De entre todas ellas, las más importantes son:

a) Teoría de la desvinculación; b) Teoría de la continuidad; c) Teoría de la subcultura, d) Teoría de la modernización y e) otras teorías entre las que podemos nombrar el enfoque del ciclo vital, común a la psicología y sociología, como ocurre con la teoría de la actividad a la que varios autores denominan "psico-sociales".

En todo caso, ninguna de ellas llega a explicar en toda su extensión el proceso de envejecimiento.

1.2.2. El envejecimiento como proceso bio-fisiológico, psicosocial y ambiental.

Desde un enfoque bio-psico-socio-ambiental, Montorio (1994), manifiesta que la investigación ha demostrado que entre las personas mayores pueden producirse múltiples cambios que afectan a su comportamiento. La adecuada consideración de los mismos nos permitirá valorar las complejas interdependencias de los distintos aspectos implicados en el comportamiento de las personas mayores. Examinaremos, por tanto, la influencia que determinados cambios, producidos como consecuencia del paso de los años, tienen sobre otros aspectos del funcionamiento humano. Para ello se analizarán los cambios fisiológicos, con especial incidencia en los cambios en el sistema visual y auditivo, los cambios psicológicos, pérdidas de contacto e interacción social, cambios económicos, laborales y los cambios ambientales, de vivienda, necesidad de ayudas protésicas, así como las variables moduladoras que actúan modificando las consecuencias que tales cambios tienen sobre las personas.

A) Cambios bio-fisiológicos

Los factores que intervienen en la conducta de las personas mayores son numerosos y complejamente relacionados. La vejez se ha caracterizado tradicionalmente, no sin razón, como una época en la que se producen múltiples cambios de tipo fisiológico, aunque, por otra parte, los cambios no se producen de forma homogénea en todos los mayores. Estos cambios hacen referencia principalmente al mayor número de enfermedades que pueden padecerse, así como a determinados cambios, como, por ejemplo, las pérdidas sensoriales o la disminución en la velocidad de respuesta.

Con respecto a las enfermedades, baste, como ejemplo de su importancia, algunos datos concretos. Kalish (1975) señala que el 40% de las personas mayores de 65 años tienen alguna limitación en sus actividades causadas por enfermedades crónicas. Ribera (1986) indica un porcentaje del 42% con alguna condición crónica (por ejemplo, artrosis o hipertensión). Finalmente, según la Memoria de Actividades del IMSERSO (1989), la prevalencia de incapacidad para las personas de 65 años se sitúa nuevamente en torno al 40%. En este sentido, debe destacarse cómo, además, algunas enfermedades pueden producir efectos directos sobre el funcionamiento cognitivo (por ejemplo, demencias). También las enfermedades pueden tener efectos indirectos sobre el comportamiento, como sería el caso de las molestias producidas por el dolor crónico o las restricciones en la movilidad de los mayores que suponen una limitación a la exposición de "señales", "incitadores" y "refuerzos ambientales". Incluso las enfermedades pueden llevar a que los mayores mantengan una percepción generalizada de sí mismos como personas poco competentes.

Los déficit sensoriales son asimismo frecuentes entre los mayores. Se ha encontrado, por ejemplo, que las enfermedades más frecuentes, según los propios mayores, son los trastornos visuales; si en el grupo de jóvenes y adultos la tasa de prevalencia de estos trastornos se sitúa en torno al 7%, en el grupo de mayores alcanza un valor de casi un 30% (Ribera, 1986). En un estudio (Fernández Ballesteros, Izal, Hernández, Llorente, Montorio y Guerrero, 1989) se encontró que el 50,3% de mayores residentes en instituciones funcionalmente autónomos manifiesta sufrir trastornos de visión y un 17,3% presentan, además, problemas de audición. Obviamente, los cambios sensoriales originan una comunicación y una movilidad más difíciles, debilitando la aparición de ciertas conductas y, por tanto, los refuerzos o aspectos positivos asociados a ellas, Espinosa (2010).

B) Cambios psico-sociales

Además de los cambios de naturaleza sensorial o fisiológica, en la vejez podemos encontrar cambios psicosociales con importantes consecuencias derivadas de ellos. Nos referimos a las pérdidas que implican una disminución de los recursos, actividades y contactos sociales de las personas mayores. La jubilación ha sido, quizá, el fenómeno más estudiado en la literatura al que se asocia una disminución de los ingresos económicos y de la participación social, así como también puede verse acompañada de un decremento de satisfacción con la vida y de un incremento de problemas físicos.

Otro fenómeno de frecuente aparición es la pérdida parcial o completa de interacción social con el cónyuge, los amigos o familiares. Tales pérdidas son debida a muerte, enfermedad, o problemas de movilidad o traslado, emigración de los hijos a otras ciudades, institucionalización de uno o de los dos cónyuges. El estudio de cada una de estas situaciones ha llevado a que los investigadores y clínicos delimiten las consecuencias que para el bienestar puede tener su concurrencia. Así, por ejemplo, la viudedad ha sido asociada a cambios negativos en la salud física y mental e incluso, se ha visto acompañada de un incremento en las tasas de mortalidad (Gallagher y Thompson, 1981).

En definitiva, mientras que las personas no jubiladas mantienen pautas de comportamiento organizadas en función de su trabajo y/o de sus familiares más cercanos ofreciendo el trabajo y la familia, los "antecedentes" y "consecuentes" necesarios para desarrollar la competencia y la conducta social, las pérdidas en uno o ambos ámbitos (laboral y familiar) provocan una disminución de los "incitadores", "señales" y "refuerzos" necesarios para mantener conductas apropiadas reforzantes para el individuo. Además, la jubilación supone también para la mayor parte de las personas mayores una disminución de sus recursos económicos con las consecuencias negativas que ello conlleva.

C) Cambios ambientales

A los cambios anteriores habría que añadir, además, los de los problemas relacionados con la jubilación y la pérdida de vínculos familiares, ya que pueden existir problemas procedentes del propio ambiente en el que vive el mayor. Los estudios que dan cuenta de cómo el comportamiento de los mayores puede verse alterado como resultado de un cambio en la interacción con su ambiente son múltiples (para una

revisión, ver Izal, 1990; Izal y Fernández-Ballesteros, 1990; Izal y Montorio; Llorente, 1991). Así, por ejemplo, se ha sugerido que los individuos con escasas competencias (por ejemplo, problemas físicos) están en situación de riesgo dado que tan sólo serían capaces de afrontar pequeños cambios en el ambiente en el que viven. Otros estudios demuestran que los mayores con buenas capacidades espaciales utilizan más servicios dentro de una residencia o que la existencia de barreras arquitectónicas en un barrio determina una precaria "salud mental".

Entre los trabajos más conocidos realizados para comprobar la influencia de variables ambientales sobre el comportamiento en la vejez se hallan los desarrollados en instituciones para mayores por Baltes y sus colaboradores desde el enfoque del condicionamiento operante aplicado al estudio del comportamiento de la vejez. De estos estudios se extraen interesantes conclusiones. Las conductas dependientes de los mayores (por ejemplo, dependencia en el cuidado personal) son seguidas por una gran cantidad de atención por parte de personas próximas, mientras que las independientes no lo son; además, el medio social responde a las conductas de autocuidado dependientes de forma consistente, mientras que no ocurre así con las independientes. Otros comportamientos independientes de participación social reciben un apoyo inconsistente del medio, los cuales obtienen también el menor apoyo social.

En definitiva, puede concluirse de estos trabajos que las residencias constituyen un medio social en el que las relaciones de contingencia entre el comportamiento de los mayores y las consecuencias que siguen a éste, potencian actividades dependientes en relación con el cuidado personal y desanima el autocuidado independiente y los comportamientos activos y participantes. La dependencia mostrada por los mayores es, pues, una forma de asegurar una contingencia gratificante (al menos en este tipo de ambientes) como es la atención social. Por otra parte, este fenómeno de dependencia para asegurarse la atención social es también extensible a otros ámbitos sociales como es el medio familiar.

D) Variables moduladoras

La situación sobre las interrelaciones de distintos aspectos del funcionamiento en la vejez puede complicarse aún más, si tenemos en cuenta las variables que modulan las consecuencias de las pérdidas anteriormente descritas. Por ejemplo, en el caso del estrés producido por la viudedad se han identificado determinados factores como son los ingresos económicos, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento

que actúan como moduladores del impacto del tal suceso. En el caso de la jubilación, las variables mediadores son el nivel de salud previo, determinadas características de personalidad, la orientación y preparación a la jubilación. Por otra parte, se ha encontrado un efecto interactivo entre la jubilación y la viudedad, provocando la concurrencia de ambas circunstancias una acumulación de estrés.

Se desprende de lo anterior que el impacto causado por las pérdidas socio-ambientales no será uniforme para todos los mayores, ya que existen diversas variables intervinientes, tales como las estrategias de afrontamiento, valoración subjetiva, reconocimiento y anticipación de las pérdidas, recursos procedentes del apoyo social (Kahana, Kahana y Young, 1986), estado de salud, etc., que intervienen en el impacto producido por la pérdida.

Además de las diferencias individuales en el impacto de los cambios fisiológicos o psico-sociales en la vejez, es conveniente reiterar que la mayor parte de los mayores no experimentarán problemas severos en todos los factores descritos anteriormente. Ahora bien, también es preciso reconocer que muchos de los factores descritos tienen el riesgo de producir conductas consideradas normalmente menos competentes y por ello causar problemas en el funcionamiento diario con los mayores. Además, la interconexión entre variables biológicas, psicosociales y ambientales es mayor en la vejez que a lo largo de la infancia, juventud y la edad adulta. Parece conveniente, pues, recomendar, en esta etapa de la vida una evaluación bio-psico-social en la que se incluyan variables sociales, psicológicas y fisiológicas que puedan dar cuenta de la complejidad de la conducta, sentando así una sólida base para el diseño del tratamiento. Ignorar la interdependencia natural de la interacción ambiente-conducta en la vejez puede conducir a una decepcionante planificación en la intervención o a un inadecuado diseño de programas preventivos.

1.2.3. El envejecimiento a través de la cultura.

Existen numerosas ideas sobre el envejecimiento que forman parte de nuestra cultura. La filosofía, las artes y la literatura recogen de alguna manera este bagaje. Dentro de ellas, una línea de pensamiento refleja la creencia de que prolongar la vida no es ni posible, ni deseable, y otra línea alternativa recoge el deseo de prolongar la vida. Son dos formas de pensar que se encuentran imbricadas con las teorías pasadas y actuales sobre el envejecimiento, dos formas opuestas de pensar que recogen la realidad y el deseo, y que forman parte de numerosos mitos e ideas culturales sobre el

envejecimiento. El deseo de prolongar la vida va unido al deseo de la eterna juventud,, como se recoge en las siguientes creencias:

- a. El deseo de prolongar la vida se basa en la creencia de que, en otro tiempo ,las personas eran organismos perfectos y vivían eternamente. Según aparecía en la Biblia, Noé vivió 950 años, Matusalén y Adán vivieron cada uno 930 años. También se recoge en la Biblia que los hombres fueron inmortales en el Paraíso, pero cayeron en desgracia a causa de su pecado. Esta idea está relacionada con la creencia de que existen zonas del planeta donde las personas son muy longevas: en algún lugar del mundo hay hombres que conservan los secretos de la inmortalidad.
- b. Complementariamente, existe la creencia en el elixir de la eterna juventud. El español Ponce de León creyó haber encontrado esta fuente de juventud, cuando accidentalmente descubrió Florida en el siglo XVI. Es como si en algún lugar remoto existieran esas aguas en las que al bañarse se restableciera la juventud y el vigor.

Ambas ideas vienen recogidas, por ejemplo, en el poema homérico a través del mito de Titono. El mito de Titono, que aparece en los versos de Homero sobre la guerra de Troya, diferencia los dos componentes de esta idea. La Aurora, enamorada de Titono, le pidió a Zeus la inmortalidad para Titono, pero se olvidó de pedirle también la juventud eterna. Por eso, mientras su amante permanecía siempre igual, Titono envejecía y chocheaba, hasta el extremo de que, como a un niño, hubo que meterlo en una canasta de mimbre. La moraleja de este mito es que no resulta deseable prolongar la vida, si no se alarga también la juventud.

Estos temas son recurrentes en las diferentes épocas históricas y persisten en las actitudes que se mantienen en torno a elixires mágicos y a la búsqueda de la inmortalidad. La idea central sobre el envejecimiento en la actualidad es que lo importante no es la longevidad (la inmortalidad), sino la calidad de vida en los últimos años (la eterna juventud). Una de las frases acuñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999) y que recoge esta perspectiva afirma que "lo importante no es dar años a la vida, sino vida a los años", es decir, lo crucial no es la longevidad, sino el mantenimiento de la calidad de vida.

La pervivencia de estas ideas nos sugiere lo difícil que resulta, a veces, distinguir entre la realidad y la historia, entre el mito y la ciencia. Desde que comenzó

el estudio científico del envejecimiento, no se han hecho muchos progresos en la explicación del propio proceso de envejecimiento.

Si nos centramos en el hecho que constituye el núcleo característico de valores que son fundamentales e irrenunciables para una cultura nos da en cada caso el status y, consecuentemente, el papel que a la vejez toca desempeñar en cada situación cultural. Las diferencias de aprecio por la vejez como categoría social presentan variaciones muy considerables que pueden ir desde la inutilidad para una buena parte de las culturas aborígenes del norte de América hasta el máximo prestigio que representaba la ancianidad para otras subculturas de entre los propios pieles rojas o para los habitantes de grandes complejos culturales del Extremo Oriente. En la cultura occidental parece que la vejez tiende a ocupar un status intermedio cuyas características esenciales sean el respeto, el afecto y la protección, más influida por los valores cristianos y por el precepto explícito del cuarto mandamiento que por una clara consciencia de su utilidad intrínseca y objetiva.

Margarete Mead distingue tres culturas que ella tiene como planetarias y universales. La cultura "post-figurativa" aquella en las que los niños son instruidos y educados casi exclusivamente por los mayores. La cultura "configurativa" supone un momento, una época, una circunstancia a lo largo de las cuales jóvenes y adultos aprenden juntamente. Y la cultura "prefigurativa" es aquella en la que nosotros estamos entrando a paso de gigante. Esta cultura implica que los adultos jóvenes o menos jóvenes aprenden las experiencias y descubrimientos de sus hijos, verdaderos depositarios de un futuro imprevisible.

En las sociedades primitivas, la cultura es post-figurativa. Se transmite de una generación a otra con algunas modificaciones, pero inconscientes. Domina la voluntad de continuidad. Los ancianos eran los modelos para los otros miembros de la sociedad. Su pasado representa el futuro de sus descendientes. En la cultura post-figurativa el anciano representa al guía indispensable, el depositario del saber, el iniciado en los ritos, el testigo. La norma era la adhesión y el respeto, una necesidad de identidad estaba en la base de toda acción emprendida. La continuidad de los acontecimientos no era puesta en duda. Casi no imaginaban que el pasado conocido fuera diferente al futuro esperado.

Con la aparición de las grandes civilizaciones todo cambia. La continuidad deja de ser un valor preponderante. La transmisión post-figurativa de la cultura es destruida por la configuración. Adultos y adolescentes ponen en tela de juicio el ejemplo de su ascendiente. Se inspiran en los modelos que les presentan sus contemporáneos, sus

"iguales". Podríamos hablar dentro de nuestra cultura de un status de la vejez que nos lleva a un papel social pasivo pero sin consciencia positiva de su utilidad en sí mismo. Es en efecto típico de nuestra cultura la sensación de soledad e inutilidad que experimentan con frecuencia los mayores al dejar sus actividades productivas por el fenómeno de la jubilación, hasta el extremo de precipitar en ocasiones la muerte a partir de esta situación marginal de jubilado.

Dentro de una misma cultura pueden apreciarse diferencias, a veces profundas, entre las diferentes subculturas regionales, de clase social, de nivel cultural. Las propias diferencias subculturales que representan el campo y la gran ciudad suponen igualmente diferencias importantes en el status y en el papel social de la vejez. En cualquier caso, y a pesar de diferencias apreciables dentro de la cultura occidental, parece que tiende a imponerse lo que antes decíamos, y que se corre el riesgo de una abierta discriminación por la edad, que empieza a presentar los primeros síntomas en la misma medida que se resquebrajan para la gran masa los valores trascendentes de dicha cultura. La vejez se encuentra en plena evolución de su status y, según todos los indicios, con un fuerte descenso de su papel social. Debe tenerse en cuenta que eso se debe no sólo a la pérdida de valores morales o del sentido de la vida, sino también a fenómenos como el ritmo del cambio cultural o la composición de las pirámides de edades, etc.

Las tendencias actuales en todas las sociedades que forman parte de la cultura occidental presentan en suma matices nuevos e incluso inéditos por lo que se refiere a la interrelación entre la vejez y la cultura. La aceleración creciente de la forma de vivir en las sociedades desarrolladas está ampliando por lo demás el fenómeno de vejez, que empieza a tener vigencia y ser tenido como tal en etapas de la vida humana que hasta hace bien poco se consideraban como edades maduras. El enfrentamiento de generaciones, facilitado y popularizado por los medios de comunicación de masas, pueden convertir la estratificación social por razón de edad en dos únicas categorías contrapuestas: vejez y juventud.

Nuestra vieja cultura occidental se caracteriza por su orientación hacia la juventud. Es una sociedad imbuida por los valores de la juventud: belleza, poder económico, fuerza, trabajo, etc. Las personas mayores pueden ofrecer poco en estos valores, pero el tema importante en una sociedad democrática y pluralista consiste en saber si los valores de la minoría, población productiva y activa, deben dirigir los valores de la mayoría (niños, jóvenes, desempleados, mayores) población pasiva no productiva. La ancianidad constituye una etapa vital que puede tener elementos de

desarrollo personal, aunque este desarrollo vaya en dirección contraria a los valores predominantes en la sociedad actual, Velázquez (2010).

La experiencia más importante que la persona mayor posee, no radica en sus conocimientos, técnicos, que los jóvenes poseen en mayor cantidad, sino en el conocimiento de los problemas psíquicos y sociales que el anciano posee por el mero hecho de haber vivido. Él tendrá por su experiencia posibles respuestas para los temas contemporáneos de crisis individual, diálogo entre generaciones, conflictos entre grupos y tantos otros problemas psicosociales contemporáneos, Sánchez (2010).

La persona que haya vivido más podrá aportar al resto de la sociedad su saber psicosocial, no por poseer mayores conocimientos, sino por haberlos experimentado durante más tiempo.

La consideración de la ancianidad como etapa negativa evoca condiciones pretéritas superadas actualmente.

El equívoco actual, consiste en presentar conocimientos tradicionales de los mayores frente a saberes contemporáneos de jóvenes, como si el aprovechar uno supusiera negar los otros y aquí está la falacia del planteamiento, ya que ambos son indispensables en una sociedad moderna. Lo importante de la experiencia de las personas mayores son los conocimientos que poseen de la vida psíquica y social del hombre, mientras que lo valioso de los jóvenes es su capacidad de innovación e iniciativa, principalmente en las Ciencias de la Naturaleza. Se parte aquí de la similitud de acontecimientos sociales en lo esencial, entre el pasado y el presente, ya que el ser humano sigue siendo el mismo ser ontológicamente, mientras que la época presente resulta única en el mundo de la tecnología y en los avances de la Ciencia Natural.

En muchas culturas el prestigio ha constituido la nota distintiva, el valor máximo y el mayor aprecio que la sociedad ha concedido a la vejez. El prestigio basado en la presunción de una experiencia adquirida a través de su pasado por todas las etapas de la vida humana y de unas opiniones desapasionadas como consecuencia de una edad desinteresada, han permitido a la vejez ejercer una autoridad de consejo, en algunos casos con un fuerte contenido de poder, que ha sido considerado beneficioso en alto grado para el equilibrio entre integración y cambio, y para el sentimiento de seguridad colectivo.

Los puntos fuertes y las cualidades por las que tiene prestigio la vejez dejan de tener valor para una cultura que ponga sus ideales y sus fines sola, única y

exclusivamente en lo nuevo, lo cambiante, lo intuitivo, lo inacabado, dando la espalda a los valores de tradición, estabilidad y prudencia ,LIBEA (2010).

1.3. LAS PERSONAS MAYORES

A pesar de que hemos considerado que la vejez es una etapa de la vida y que, desde una perspectiva socio-económica, comienza en un momento determinado, antes de contestar a nuestra pregunta básica sobre el patrón de funcionamiento psicológico diferencial de la vejez, debemos responder a una serie de cuestiones básicas que van a hacernos entender mejor las preguntas: ¿existe un funcionamiento típico en cuanto al cambio a lo largo del ciclo de la vida?, ¿existen formas de envejecer estándar? o, por el contrario, ¿existe una particular forma de envejecer?

Ya que hemos tratado de las etapas en las que, muy someramente, puede dividirse el curso de la vida humana, parece oportuno preguntarnos si a lo largo de esas etapas existen cambios o patrones de cambio en el funcionamiento psicológico o, más bien, si el comportamiento humano es estable.

Generalmente se considera que los seres vivos presentan, a lo largo del ciclo de la vida, diferencias notables de forma tal que lo que ocurre en una etapa de la vida no ocurre en otra/s. Así todos los organismos vivos (y por ende, el ser humano) nacen, crecen, se desarrollan, se deterioran y mueren. Esta idea, no sólo está anclada en los “aprioris” (o prejuicios) psicológicos, sino que la Psicología la comparte con las Ciencias Biológicas. Así se examinan gran parte de componentes biológicos de nuestro organismo, es cierto que sus sistemas y funciones, con el transcurso del tiempo, pierden eficiencia. La agudeza visual de un joven suele perderse hacia los cuarenta años, la rapidez de carrera disminuye, la flexibilidad de la piel va disminuyendo y así, sucesivamente. A partir de este modelo biológico, cuando los psicólogos se han ocupado de la vejez han asumido que ésta era, también, una etapa de total declive. En otras palabras, que desde el nacimiento existía crecimiento hasta una vez terminada la adolescencia, que partir de entonces se producía una gran estabilidad y que, finalmente, se producía un nuevo cambio hacia el declive o deterioro de todo el funcionamiento psicológico hasta la muerte. Pero, ¿es eso así?

El funcionamiento psicológico no puede entenderse isomórficamente (en forma paralela y simétrica) al funcionamiento biológico. Los seres humanos no sólo son seres biológicos sino también culturales y, por tanto, no sólo reciben unos determinados genes de sus padres, sino también una herencia cultural del grupo humano - generalmente la familia- en la que se desarrollan. Cuando un niño nace, ha

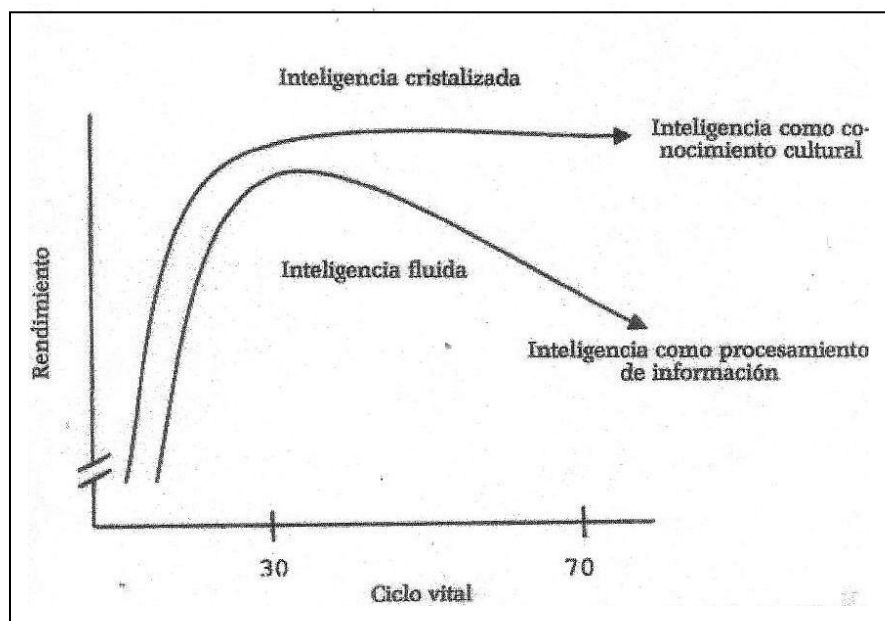
de vivir y ser socializado en un determinado contexto social para llegar a desarrollar todas sus funciones psicológicas (desde la bidestración al lenguaje). Ese contexto de socialización interactúa con el individuo en la transmisión de pautas sociales, de roles y de comportamientos. De forma tal que a todo lo largo del ciclo de la vida, el funcionamiento depende, en gran medida, del contexto cultural de referencia (véase Fernández-Ballesteros, 1996).

Lo expuesto anteriormente nos lleva a manifestar que existen ganancias (crecimiento) y pérdidas (declive) a todo lo largo del ciclo de la vida. Obviamente, durante los primeros años, la mayor parte del funcionamiento del individuo lleva consigo ganancias y muy pocas pérdidas, mientras que durante la vejez ocurre lo contrario. Así, determinadas funciones psicológicas comienzan a declinar tras la adolescencia muy rápidamente (como, por ejemplo, los tiempos de reacción), otras funciones se desarrollan hasta edades avanzadas de la vida (por ejemplo, los conocimientos o la amplitud de vocabulario).

Sin embargo, los psicólogos tradicionalmente han presentado un patrón esencialmente decremental de la vejez (es decir, que ésta lleva consigo, exclusivamente declives o decrementos en el funcionamiento intelectual) bajo la suposición de un isomorfismo biológico (es decir, que el declive biológico debería coincidir con un declive psicológico) o, en otras palabras, que al igual que la piel se arruga, el potencial psicológico de un individuo se deteriora. En los últimos años se han realizado múltiples investigaciones con el fin de contrastar esta hipótesis (Baltes y Graf, 1996). En definitiva, parece que está claro que aquellos aspectos del funcionamiento psicológico que tienen una importante base biológica -como, por ejemplo, la velocidad de procesamiento o la inteligencia fluida- se produce un declive, incluso éste ocurre desde edades tempranas (aproximadamente a los 30 años), mientras que otras funciones intelectuales -mucho más ligadas a la transmisión cultural- no declinan y aun se incrementan, al menos, hasta los setenta años. Así, por ejemplo, la rapidez con la que decimos palabras es menor a los sesenta años que a los veinte, mientras puede ser mayor su número.

En la gráfico nº 2 podemos observar la tendencia de declive y mantenimiento en dos tipos de inteligencia humana: la inteligencia fluida (ligada a la biología) y la inteligencia cristalizada (mucho más ligada a la transmisión cultural).

Gráfico n° 2. Trayectoria de los tipos de inteligencia humana a lo largo del ciclo vital.



Fuente: Fernández-Ballesteros (2004), p. 46.

En todo caso, también en los últimos años se ha puesto de relieve que el declive de ciertas funciones intelectuales (aun de las correspondientes a la inteligencia fluida) puede ser compensado mediante entrenamientos cognitivos (Fernández-Ballesteros y Calero, 1993). Incluso, los neuropsicólogos han podido integrar tales hallazgos psicológicos explicándolos mediante la bien establecida plasticidad del sistema nervioso. De la revisión de la literatura sobre este tema, podemos extraer tres conclusiones fundamentales:

- Que durante el ciclo de la vida, a lo largo de todas sus etapas, ocurre un determinado balance entre el crecimiento y el declive y que, aunque se producen cambios comportamentales, también se da estabilidad.
- Que también en la vejez se produce crecimiento y existe una amplia capacidad de reserva.
- Que en la vejez se observa mayor diferencia interindividual que en otras etapas.

En resumen, "al aumentar la edad, no se da un general, universal y unidireccional declive del funcionamiento psicológico; mientras que hay funciones psicológicas que experimenta déficit debidos a la edad, otras se mantienen

constantes, e incluso pueden ser incrementadas" (Fernández-Ballesteros, 1996, p. 24).

1.3.1. El envejecimiento de la población.

El creciente interés por la vejez en la actualidad por parte de científicos, políticos, planificadores sociales, bancos, aseguradoras, medios de comunicación y la sociedad en general, se debe al importante fenómeno del envejecimiento de la población.

El problema no reside en las cifras, sino en la evolución que la población mundial, europea, española, autonómica y provincial ha experimentado y en las estimaciones de lo que ocurrirá en el futuro. Así, para el año 2020 se estima que uno de cada cinco europeos/as tendrá más de sesenta y cinco años y que en el 2050 tendrán más de esa edad uno de cada cuatro. En resumen, cada vez hay más personas mayores tanto si ello se analiza en números absolutos (número total de personas mayores) como en términos relativos, en la comparación porcentual de personas en otras etapas de la vida (infancia, adolescencia o edad adulta), López, (2010).

Este fenómeno poblacional ha venido poco a poco produciéndose a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y depende de dos factores esenciales: la esperanza de vida al nacer (basada en la mortalidad) y la tasa de natalidad (o índice de fecundidad). Las estimaciones sobre la esperanza de vida al nacer durante la historia de la humanidad permiten suponer que ésta ha permanecido casi constante desde la Edad de Bronce a los comienzos del siglo XX. A principios de siglo, la esperanza de vida al nacer en promedio (hombres y mujeres) era, aproximadamente de cuarenta y seis años, a final de siglo ésta casi se ha duplicado en países de nuestra órbita.

No parece oportuno presentar pormenorizadamente las razones que han llevado a un incremento tan acelerado de la esperanza de vida a lo largo de este siglo (avances de las ciencias de la salud, higiene, nutrición, etc.), lo que sí hay que enfatizar es que el envejecimiento de la población mundial es un éxito de nuestra sociedad.

Con el fin de examinar, más pormenorizadamente, la evolución reciente, España ha pasado de tener una esperanza de vida al nacer de 64,3 para mujeres y 59,8 años para hombres en los sesenta y estar por debajo de la media europea a 82 y 78 años respectivamente para mujeres y hombres y ser una de las más altas de la

Unión Europea. Ello habla esencialmente, de que en España ha ocurrido en los últimos cuarenta años una mejora en las condiciones sociales y sanitarias que ha permitido reducir la mortalidad de manera extraordinaria.

También observamos cómo las tasas de natalidad han ido disminuyendo desde 1960; España, que era uno de los países de mayor índice de fecundidad en los 60 ha pasado a ostentar, hoy por hoy, el más bajo de la Unión Europea (según Eurostat, 1.2 hijos por mujer) y que nos lleva a un crecimiento vegetativo negativo (es decir, la diferencia entre los nacidos vivos y las defunciones) de la población española. Pero el envejecimiento de la población (incremento en número absoluto y relativo de personas mayores) -que, como se ha dicho es, sin duda, una prueba de éxito de nuestra sociedad- no sólo es un acontecimiento relativamente reciente del vigor biológico y social de nuestra especie, sino que conlleva grandes repercusiones sociales: cambios en los roles sociales, cambios en el status atribuido a la edad (por ejemplo, la independencia del individuo de la familia llega a edades mucho más tardías y, por tanto, la adolescencia se prolonga y la edad adulta llega más tarde), cambios en los sistemas laborales de distribución del trabajo, reajustes en el sistema de protección social, etc. El envejecimiento de la población, en estados del bienestar, va asociado a la preocupación social ya que lleva aparejada una mayor carga social. En otras palabras, si el sistema de protección social apoya a las personas mayores (por haber cotizado a ese sistema a lo largo de su vida productiva) y cada vez hay más personas de edad que han de recibir protección, los costos sociales son mayores (llamadas "clases pasivas"). Sin embargo, esa visión es parcial, ya que también es cierto que las personas mayores generan riqueza (por ejemplo, puestos de trabajo debidos a los viajes realizados) y, desde luego, son una fuente de experiencia y sabiduría útiles y necesarias en una sociedad plural.

La Psicología es una de las disciplinas que nos ofrece claves sobre el envejecimiento y la vejez necesarias, no sólo para brindar atención a las personas mayores que así lo requieran (porque envejezcan patológicamente), sino para colaborar, desde una perspectiva interdisciplinar, con otros científicos y profesionales en la consecución de que esas clases "pasivas" se conviertan en activos agentes sociales. En definitiva, si los avances científicos han aportado muchos años a la vida, también avances científicos (de las ciencias sociales) habrán de procurar dar más vida a los años o, en otros términos, que el envejecimiento de la población lleve a un mayor desarrollo humano y cultural.

Lo expuesto anteriormente se podría resumir afirmando que:

- a) El envejecimiento de la población (incremento en números absolutos y relativos de los mayores de sesenta y siete años) se debe a un incremento extraordinario de la esperanza de vida (por una disminución de la mortalidad) y a una drástica disminución de los índices de natalidad.
- b) La Psicología de la vejez contribuye, no sólo a un mayor conocimiento del funcionamiento psicológico en la etapa de la vida llamada vejez y, con ello a la posibilidad de atención psicológica de las personas mayores, sino que también, contribuye de manera esencial a lograr una mayor calidad de vida a lo largo del ciclo vital.
- c) La Gerontología está contribuyendo, a través de múltiples programas educativos, a un mayor desarrollo humano y cultural. Velázquez (2010)

1.3.2. Consecuencias del envejecimiento demográfico.

El envejecimiento es un acontecimiento vital no sólo novedoso para las personas, sino también desde un punto de vista histórico. Individualmente, las personas se enfrentan a una situación que no existía y para la que no hay modelos previos. Las primeras generaciones a las que les ha afectado este fenómeno se encuentran sorprendidas frente a su propia longevidad y a la falta de un proyecto de curso vital hasta edades tan avanzadas, de ahí la necesidad de intervención de la Gerontología y de la Gerontagogía entre otras disciplinas.

Desde la perspectiva gerontológica las consecuencias del envejecimiento demográfico se podrían estudiar en tres bloques:

A) Implicaciones individuales y sociales

El momento actual de la estructura de la población tiene implicaciones individuales y sociales. A nivel individual se prolonga el curso vital de las personas. Aparecen nuevas etapas y se extienden otras ya existentes. La propia expectativa que cada persona tiene sobre su ciclo vital se va modificando. Los individuos van a comenzar a efectuar planes sobre las últimas etapas y a aplazar objetivos no alcanzados para las últimas edades de la vida. La rapidez con la que se producen los cambios hace que éstos sean más notorios.

Desde un punto de vista sociológico habría que destacar dos fenómenos: el envejecimiento de la población y la reorganización de la presencia social de sus generaciones. La pirámide de la población española de finales del siglo XX refleja la situación que ha venido acumulándose desde principios de siglo, Informe 2008.

Esta perspectiva nos lleva a afirmar:

- 1) En primer lugar, que la población española es una población envejecida. Siempre ha habido algunas personas muy longevas en todas las civilizaciones. Sin embargo, nunca en la historia de la humanidad, hasta lo que conocemos, han llegado tantas personas a una edad tan avanzada. El fenómeno históricamente nuevo es el creciente índice de envejecimiento de la población española y el creciente índice de la expectativa media de vida. Los valores de ambos indicadores definen a la población española como una población envejecida.

Estadísticamente, la población se encuentra envejecida dado que a nivel nacional los mayores de 65 años superaron en número a los menores de 15 años en el año 2001 y es previsible que esta tendencia al envejecimiento de la población continúe aumentando hasta el año 2020. Para que se estabilice, es necesario que el número de personas mayores no siga incrementando y se recupere el índice de natalidad hasta el nivel de reposición de la población. Mientras tanto, podemos definir a la población española como una población envejecida que tiende a ser más envejecida.

- 2) En segundo lugar, que la proporción de estas personas respecto a otros grupos de edad inferiores nunca en la historia ha sido tan alta. Las personas mayores no sólo son muchas, sino que son un grupo más numeroso que otros grupos de edad, con lo cual su presencia en la sociedad es mucho más notoria.

Estas tendencias demográficas están teniendo repercusiones en la estructura generacional de nuestra sociedad y en el desarrollo de nuevas relaciones entre generaciones. En este sentido, las diferentes *generaciones* comienzan a ser conscientes de la forma en que ellas mismas perciben y afectan a las otras. La reflexión más importante a las que nos lleva este acontecimiento es la necesidad de tomar consciencia de la nueva organización social que se está produciendo desde el punto de vista de la edad de las personas, López (2010)

El momento actual de la población no es estático, sino dinámico, y según vaya cambiando la estructura de la población española, en las próximas décadas, así van a ir modificándose sus implicaciones individuales y sociales. Éste es el cambio que hemos anticipado en el apartado anterior de tal manera que la población puede compararse así a un organismo dinámico que va cambiando a lo largo del tiempo.

B) Implicaciones académicas y científicas

Paralelamente a las consecuencias sociológicas e individuales, se van a producir repercusiones científicas y académicas como se exponen a continuación:

- 1) La psicología evolutiva que, como una *disciplina académica*, tiene como objetivo fundamental estudiar los cambios que se producen en la vida de las personas desde el nacimiento hasta su muerte, se encuentra frente a un nuevo fenómeno que, por su complejidad, supone todo un desafío. Tanto el curso vital del individuo como la duración de algunas de sus etapas se están extendiendo. Esta nueva estructura generacional, así como las nuevas relaciones y fenómenos que genera para la vida de la persona concreta, constituyen en este momento un campo de estudio apasionante para el psicólogo evolutivo.
- 2) Además de esta repercusión inmediata en el ámbito de la psicología evolutiva, el cambio en la estructura de las edades de nuestro país va a tener repercusiones en el cuerpo de otros *conocimientos científicos*. La prolongación de la vida de las personas y el incremento en su calidad de vida va a requerir conocimientos más precisos de sus capacidades sensoriales, de su memoria y de su funcionamiento intelectual con objeto de poder optimizar sus capacidades. Paralelamente, el número de personas que va a alcanzar las edades en las que es más frecuente

padecer alguna discapacidad y el tiempo que van a vivir con ella, se incrementan. Algunas de estas repercusiones han sido analizadas anteriormente desde un punto de vista histórico y cultural.

Por todo ello, se van a investigar nuevos problemas y temas que surgen como consecuencia de esta situación. Por ejemplo, la función social de cada generación y cómo va evolucionando a lo largo de la vida del individuo; o la contribución, el valor añadido, de cada generación al resto de generaciones, en cada uno de los momentos de su ciclo vital. Es probable que nuevos acontecimientos, como el hecho de ser abuelo, desempeñen un papel más determinante en el desarrollo personal y social de las personas. Los procesos de socialización, el crecimiento y desarrollo personal son procesos continuos a lo largo de toda la vida humana.

Estas implicaciones académicas y científicas son el resultado de la necesidad que tiene la sociedad de desarrollar recomendaciones en el ámbito político, tecnológico, social, educativo etc., que hagan frente a las carencias de la nueva situación. Por ejemplo, en este momento parece perfectamente claro que la nueva estructura social se puede instrumentalizar para generar hábitos de socialización en las personas. El intercambio entre generaciones es una de las vías más adecuadas para establecer hábitos socializados a largo plazo.

En consecuencia, ha aparecido un campo nuevo de estudio a nivel académico, científico, social y el psicólogo evolutivo debe plantearse el estudio sistemático del mismo. Los dos aspectos inicialmente más notorios son los cambios que se van a producir en el curso vital de las personas y los cambios en las relaciones entre generaciones. El análisis de estos aspectos establecerá un nuevo marco para el estudio del desarrollo adulto y del envejecimiento y su papel en el contexto de las otras generaciones.

C) Otras consecuencias

A las consecuencias expuestas en los apartados A) y B) habría que añadirse otras como:

- 1) La creación de centros y servicios para mayores: residencias, centros de días y de noche, atención domiciliaria, tele-asistencia, viviendas tuteladas...

- 2) El diseño de programas de formación, máster, expertos, cursos de especialización...
- 3) La economía de consumo en torno al mayor: ocio, cultura, gimnasios...
- 4) Programas de respiro familiar con estancias temporales (meses, semanas, días...).
- 5) La creación de nuevos yacimientos de empleo: geriatría, gerontología, gerontagogía...
- 6) Los programas de formación para mayores: Programas universitarios, Aulas de mayores, Programas culturales municipales...
- 7) Programas de termalismo, viajes, concursos....
- 8) La proliferación en el ámbito del derecho como leyes y normas que garanticen la seguridad frente a las situaciones de riesgo o necesidad de las personas mayores.
- 9) La irrupción de numerosas ONG (Cruz Roja ,Cáritas.... en tareas complementarias de las realizadas por los servicios sociales.
- 10) La creación de Programas de Acompañamiento a Mayores “Compañeros de piso” de las diferentes universidades andaluzas, que inició la universidad de Granada.
- 11) Diseño de Programas- guías para conducir las políticas activas.
- 12) Otras actividades orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores para conseguir un envejecimiento activo y competente y/o su situación de dependencia.

CAPÍTULO 2:

ENVEJECIMIENTO DEFICITARIO VERSUS ENVEJECIMIENTO COMPETENTE

INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento de la población es un fenómeno universal, que ha tenido lugar en todas las épocas, culturas y civilizaciones, como ya hemos expuesto. No obstante, el conocimiento que hoy tenemos sobre él es muy superior al de otros momentos históricos.

En la actualidad se constata que la última etapa del ciclo vital se ha asociado, tradicionalmente con el deterioro físico, la pérdida progresiva de ciertas funciones cognitivas como la atención o la memoria y la desvinculación social como consecuencia de la jubilación. Desde esta perspectiva o "modelo deficitario y negativo" las dificultades como la lentitud y la torpeza motora, los problemas para atender y para recordar cosas o las dificultades en el razonamiento y en el aprendizaje, así como la progresiva pérdida de las relaciones sociales, han sido consideradas como algo bastante generalizado durante esta etapa de la vida. Hasta tal punto esto ha sido así, que existe el estereotipo de que los cambios que se producen en la vejez son exclusivamente negativos, y consisten en ir perdiendo progresivamente una serie de capacidades y habilidades que habían sido adquiridas a lo largo de la vida, al mismo tiempo que se tiene que recluir socialmente reducido al contexto familiar, como afirma la teoría de la desvinculación.

Este "modelo deficitario" de la vejez se encuentra bastante extendido entre la población general, sin embargo, su origen tal vez haya que situarlo en los profesionales del campo de la medicina y de la psicología, ya que, durante bastante tiempo, tanto las teorías geriátricas como las gerontológicas, principalmente provenientes del campo de la psicología, han ofrecido un modelo de salud y de desarrollo humano a lo largo del ciclo vital en el que la infancia y la niñez se caracterizaban por la adquisición de muchas y variadas habilidades, la edad adulta por la estabilidad, y la vejez por una pérdida generalizada.

Hoy día, la idea dominante entre los psicogerontólogos que estudian el desarrollo humano es algo diferente, abogándose por un modelo satisfactorio y competente de la vejez, ya que sostienen que en cualquier momento del ciclo vital son posibles tanto las pérdidas como las ganancias, si bien, al inicio del ciclo vital predominarán las primeras y “muy al final” las segundas.

La razón de este cambio de opinión se basa fundamentalmente en una mejor observación de las transformaciones que tienen lugar en esta etapa final, junto a la utilización de una metodología de evaluación más adecuada.

Afortunadamente, hoy día resulta evidente, a la luz de los datos científicos disponibles, que la vejez, lejos de representar un periodo del ciclo vital caracterizado por el deterioro y declive físico, cognitivo y social, presenta un panorama bastante prometedor. Esta nueva concepción de la adultez y la vejez elude la ya comentada fase de declive del mayor en base a una etapa llena de posibilidades y actividades nuevas en la que el desarrollo se entiende como una sucesión de etapas reguladas por leyes o factores, que se debe en gran medida a Eric Erikson. La teoría de Erikson ha sido la más estudiada y representativa de los estudios que se centran en el desarrollo humano en fases o estadios, y supone que los cambios en el desarrollo se producen de forma gradual, predecible y ordenada. También hemos de destacar la perspectiva del ciclo vital que defiende Baltes, como prescripción para tener una actitud abierta en la que los distintos puntos de vista facilitan el entendimiento del funcionamiento psicológico de la vejez (Belsky, 1996). Para Baltes el desarrollo no se limita a los cambios biológicos, sino que está sujeto a cambios sociales, culturales e históricos, así como a las experiencias individuales. Así, podemos afirmar, en términos generales, que el envejecimiento es un proceso gradual, en el que se produce una evolución lenta de las transformaciones físicas y psicológicas, que nos hacen estar más o menos satisfechos con nuestra trayectoria vital. Existen algunas habilidades que parecen mejoras con la edad, por ejemplo, el lenguaje, aunque existen también algunas pérdidas, las más claras a nivel sensorial, pero en términos generales se observa una relativa estabilidad en las funciones cognitivas y sociales, incluso algunas habilidades parecen mejorar con la edad.

También parece que en muchas personas el deterioro resulta bastante llamativo, sin embargo, en estos casos tal deterioro no está causado directamente por la edad, sino por algunas enfermedades más frecuentes en la vejez. Desde este punto de vista se observa

que, cuando el sujeto se mantiene con unos niveles aceptables de salud, que hoy día encontramos en nuestros mayores, es razonable esperar que muchas de estas personas conserven intactas muchas de sus capacidades intelectuales y competencias sociales.

2.1. LA HETEROGENEIDAD EN EL ENVEJECIMIENTO

Las capacidades y habilidades de una persona también envejecen con un ritmo diferente, de modo que, por ejemplo, cambios en una determinada capacidad no tienen por qué asociarse con cambios en otras. Quizás por esto esté comúnmente aceptado en la psicología de la vejez que existe una marcada variabilidad en el comportamiento cualquiera que sea este, la memoria, la atención, la extraversión, la rapidez en la carrera, etc. En otras palabras, en la medida en la que se envejece, los seres humanos son menos parecidos entre sí.

Ello es muy importante, porque las personas tendemos a la generalización, de tal forma que así como es un estereotipo común el de que “todos los jóvenes son unos irresponsables”, también lo es que “todos los mayores están llenos de achaques y sufren demencia”. Ambas frases están muy lejos de la realidad: cada persona envejece de una manera distinta y con un ritmo diferente.

Los autores han tratado de clasificar la vejez, como ya se ha comentado anteriormente, según diversos tipos. Así, algunos se han referido a la tercera edad (vejez satisfactoria) y a la cuarta edad (vejez patológica) o a los “viejos jóvenes” (viejos sanos) y los “viejos-viejos” con el fin de dar cuenta de las distintas formas de envejecer. En los últimos años, la clasificación que más relevancia está cobrando es la que establece tres tipos o formas de envejecimiento: La vejez normal, la vejez patológica y la vejez con éxito (Fernández-Ballesteros, 1998). O bien, como se afirma en la guía “Saber envejecer. Prevenir la dependencia” (2006), las distintas formas de envejecer serían:

- a) Envejecimiento patológico: esta forma de envejecer afecta a un porcentaje significativo, pero pequeño de la población. Está relacionado con envejecer con enfermedades y con dependencia. Los científicos tienen pruebas sobre la posibilidad de incidir en él, para reducir el número de personas que tienen este tipo de envejecimiento.

- b) Envejecimiento normal: se asocia a la ocurrencia de cambios orgánicos, psicológicos y sociales asociados al paso del tiempo.
- c) Envejecer bien: significa vivir esta etapa de la vida en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales. Conseguir envejecer depende, en buena medida, de la puesta en práctica de estilos de vida saludables a lo largo de la vida. De todos es conocido que dormir ocho horas diarias, hacer ejercicios unido a la dieta alimenticia y a la estimulación cognitiva son beneficiosos para las personas mayores.

Esta tipología de la vejez es hoy día importante dado que, desde las políticas de atención a los mayores, desde organismos internacionales (como la Organización Mundial de la Salud o la Unión Europea) y desde la propia Gerontología se pretende la potenciación de la vejez con éxito y la reducción de la vejez patológica.

Estas formas de envejecer no son cuestión de azar, las personas, a todo lo largo de su vida, pueden hacer muchas cosas para lograr un envejecimiento con éxito o un envejecimiento competente (Fernández-Ballesteros, 1986, 1998). Y aún, durante la vejez han de llevarse a cabo programas que maximicen la vejez normal, palien y atiendan a la vejez patológica y, desde luego, potencien la vejez con éxito. La psicología es una de las ciencias que han contribuido en el esclarecimiento de cuáles son los mejores predictores de esos tres tipos de envejecimiento, así como a través de que intervenciones puede paliarse la vejez patológica y procurar un envejecimiento competente.

Ligadas a estas tres formas de vejez han surgido una serie de teorías sobre cómo explicar este tipo de envejecimiento con éxito. Baltes y Baltes (1990) proponen un modelo por el que, en la base de este tipo de envejecimiento proponen los mecanismos de Selección, Optimización y Compensación (SOC). Así, las personas mayores mantendrían un funcionamiento psicológico competente seleccionando campos de actuación específicos, optimizando los propios recursos y compensando los declives experimentados. A estos tres mecanismos, Fernández-Ballesteros (1998) ha unido el de la Normalización (SOCN), que llevaría el sujeto (y debe también llevar a los responsables de la atención de los mayores) a procurar que siga manteniéndose en sus contextos habituales, realizando -en la medida de lo posible- todos aquellos comportamientos realizados durante la etapa adulta. Estos mecanismos del envejecimiento competente son una apuesta por conseguir la estabilidad. En otras palabras, se trataría de mantener los niveles de competencia y actividad a lo largo de la vida adulta y de la vejez mediante un funcionamiento normalizado.

En resumen podemos concluir este epígrafe afirmando:

- a) Que existe una extraordinaria diversidad en las formas de envejecer que pueden ser clasificadas como vejez normal, patológica, competente.
- b) Que envejecer de una manera u otra no ocurre al azar, sino que depende, al menos en gran parte, de lo que la persona haga y en el contexto social promueva.
- c) Que los nuevos mayores difieren más entre sí , porque su experiencia vital es más rica y tienen más posibilidades de seguir creciendo como personas.

2.2. ENVEJECER DE FORMA COMPETENTE.

Desde nuestro punto de vista, entendemos el envejecimiento competente como un proceso natural en el marco de un proyecto vital de desarrollo personal, solidario y compartido. Otros autores entienden que envejecer de forma satisfactoria es equivalente al reconocimiento del potencial de las personas mayores que se ha concretado en el planteamiento de nuevos conceptos y nuevos dominios de investigación gerontológica, entre los que destaca por su popularidad lo que se ha venido en llamar “envejecimiento satisfactorio”, “positivo”, “activo” o “envejecimiento competente”. Este concepto nace de la distinción entre unos patrones de envejecimiento patológico caracterizado por la patología grave y la dependencia en algún grado y un patrón de envejecimiento normativo, en los que no hay enfermedad grave ni dependencia, aunque quizá sí un aumento del riesgo a padecerlas asociado a la edad. Dentro de este último grupo, los niveles de funcionamiento físico y psicológico, así como la actividad social, se mantienen en niveles elevados e incluso, en algunos sentidos, pueden mejorar: es el denominado envejecimiento satisfactorio, que contradice los estereotipos tradicionales asociados a las personas mayores y la vejez.

Los estereotipos son representaciones mentales genéricas, simplificadas y ampliamente compartidas sobre determinado objeto o categoría social. Con respecto a la vejez y las personas mayores, tradicionalmente se ha asumido que las características estereotípicas que les asociamos son negativas, exagerando aspectos que o bien son propios solo de una

minoría de personas mayores o bien tienen poca o ninguna base en los hechos. Por ejemplo, algunas de estas características frecuentemente atribuidas a las personas mayores son que todas son muy parecidas, que están enfermas y dependen de otras personas, que presentan algún tipo de deterioro cognitivo, que son incapaces de aprender cosas nuevas, que se vuelven rígidas y difíciles de tratar, que son conservadoras y cerradas al cambio, que están socialmente aisladas o que lo que desean es sobre todo descansar tras años de duro trabajo.

Estos estereotipos negativos de las personas mayores parecen estar ampliamente extendidos y se han encontrado además en grupos de edad muy diversa, desde niños hasta las propias personas mayores.

Los estereotipos negativos sobre las personas mayores son peligrosos, porque pueden funcionar como una profecía que se cumple a sí misma: si esperamos incapacidad y dependencia, es probable que nos comportemos de manera que la fomentemos, reduciendo las oportunidades para que los mayores se comporten de manera diferente a nuestros prejuicios sobre ellos. Si los propios mayores asumen estos estereotipos negativos de la vejez como ciertos, su funcionamiento cognitivo, su salud o incluso su deseo de vivir en ciertas situaciones pueden verse afectados. En ocasiones, los estereotipos también derivan en prácticas discriminatorias contra los mayores, como, por ejemplo, el uso con ellos por defecto de un habla infantil, la menor atención a sus problemas de salud, el acceso limitado a tratamientos y terapias o las menores posibilidades de ser elegidos para ciertos cargos o posiciones de liderazgo debido a su edad. Este conjunto de prejuicios y comportamientos discriminatorio ha sido llamado edadismo.

Algunos autores argumentan que, más que un único estereotipo negativo de los mayores, existirían varios estereotipos, algunos (la mayoría quizá) negativos, pero también otros positivos. Por ejemplo, entre estos estereotipos positivos aparece el que califican como «edad de oro»: sería una imagen de persona mayor activa, sana, sociable, independiente, bien informada, productiva, viajera y orientada al ocio. Una imagen, como vemos, muy vinculada al envejecimiento satisfactorio.

Su estudio no solamente prueba la presencia de modos sanos de envejecer al alcance de una mayoría de personas, sino también nos puede permitir conocer cuáles son los

factores que determinan este éxito y que evitan que la persona se deslice prematuramente hacia un envejecimiento patológico.

Al abordar el envejecimiento satisfactorio desde una perspectiva psicológica, una de las primeras cuestiones a aclarar es cuáles son los criterios o indicadores que utilizamos al etiquetar como «satisfactorios» ciertos modos de envejecer. Su concreción permitirá avanzar en la definición de este concepto y, al mismo tiempo, ayudará a diferenciar estos modos «mejores» de envejecer y que, por lo tanto, se han de potenciar y promover, de otros modos que podrían considerarse «peores» o mucho menos deseables. Pese a la importancia de la cuestión, diferentes autores han propuesto distintos criterios que caracterizarían el envejecimiento con éxito. En concreto, tradicionalmente se ha recurrido a criterios de dos tipos:

- A. Criterios objetivos, que hacen referencia a características claramente medibles y que, en una medida u otra, comparan a las personas en una escala de rendimiento o de funcionalidad. Por ejemplo, la mayoría de los indicadores de salud física, de estado cognitivo o de actividades, que es capaz de realizar la persona serían de este tipo.
- B. Criterios subjetivos, que implican la opinión y los valores de la propia persona. Estos criterios a veces pueden incluir aspectos de tipo cualitativo, y más que representar un rendimiento o capacidad hacen referencia a aspectos emocionales o evaluativos tal y como son experimentados por uno mismo. La felicidad, la satisfacción vital o el sentido de control personal serían buenos ejemplos de este tipo de indicadores.

Rowe y Kahn (1997), los investigadores que propusieron el concepto de envejecimiento satisfactorio, lo definen utilizando criterios de tipo objetivo. Para ellos, envejecer satisfactoriamente implica tres elementos: a) una baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades asociadas a ellas (es decir, presencia de salud física), b) una capacidad funcional alta, tanto desde un punto de vista físico como cognitivo (es decir, capacidad para realizar las actividades cotidianas necesarias para el autocuidado y la vida autónoma), y c) una implicación activa en la vida.

Envejecer satisfactoriamente no solamente consiste en estar libre de enfermedades graves, ni siquiera disponer también de un buen funcionamiento físico y mental que permita a la persona realizar sin problemas y de manera autónoma las actividades cotidianas. Estos dos ingredientes han de permitir, además, que la persona sea capaz de implicarse activamente en la vida, a partir del desarrollo de un patrón de actividades determinado.

De acuerdo con Rowe y Kahn (1997), este patrón se relaciona con dos tipos fundamentales de actividad. El primero es el mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, de una actividad social que permita a la persona mayor obtener tanto apoyo instrumental (dar y recibir asistencia y cuidado directo, resolver algunos problemas cotidianos, proveer de transporte, intercambio de recursos económicos, etc.) como apoyo socioemocional (expresión de afecto, respeto y comprensión). El segundo tipo es el mantenimiento de actividades productivas, entendiendo por actividades productivas no únicamente aquellas que tienen una retribución económica, sino aquellas que, en general, son capaces de contribuir, de una u otra manera, al mantenimiento y promoción de la sociedad o al propio crecimiento personal (Caro y Sánchez, 2005).

Otros autores, sin embargo, abogan por la inclusión dentro de este concepto del “buen envejecer” de criterios que tengan que ver con la valoración subjetiva y el significado que la propia persona mayor atribuye al estado en el que se encuentra. En este sentido, la presencia de altos niveles de bienestar es uno de los criterios más aludidos como componente del envejecimiento satisfactorio. En ocasiones este bienestar se asocia a una experiencia subjetiva de felicidad o satisfacción, con sentimientos de relajación, de ausencia de problemas y de presencia de sensaciones positivas, mientras que en otras se vincula al proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen crecer como personas, con los desafíos y con un cierto esfuerzo por superarlos y conseguir metas valiosas que dan sentido a nuestra vida.

Así, tanto los criterios objetivos como los subjetivos son necesarios en la definición del envejecimiento satisfactorio desde un punto de vista psicológico. Si sólo consideramos unos y no otros, pueden aparecer problemas (Baltes y Baltes, 1990) ya que los criterios subjetivos ayudan a definir el envejecimiento satisfactorio teniendo en cuenta la visión y sistema de valores de las propias personas mayores, evitando así posibles intentos de imponer una sociedad estandarizada y basada en contenidos y metas establecidas por una minoría supuestamente experta. Mientras que los criterios objetivos son necesarios, porque nos proporcionan unos objetivos claros y estables que pueden guiar la intervención en este ámbito y evitan que se considere que todo está bien si la persona mayor así lo considera. Este tipo de criterios objetivos evita lo que se ha denominado la “paradoja del bienestar”, es decir, el hecho de que aun en situaciones muy desfavorables y que deberían ser claramente mejoradas, las personas puedan contemplar su situación de forma optimista y satisfactoria.

Esta complementariedad de los aspectos objetivos y subjetivos ha llevado a la mayoría de los investigadores a reconocer que el envejecimiento satisfactorio es un concepto cuyo estudio necesita de un enfoque que integre ambos tipos de criterios. Por otra parte, destacar también como ingrediente fundamental del envejecimiento satisfactorio la capacidad de la persona para poner en marcha procesos destinados a conseguir o mantener en el tiempo los diferentes criterios y cualidades del buen envejecer que hemos comentado. Obviamente, a lo largo de la vida las condiciones y las circunstancias que experimentamos son cambiantes y, en el caso de las últimas décadas de la vida, tarde o temprano la persona ha de afrontar la presencia de ciertas pérdidas o limitaciones, ante las que se responde con esfuerzos destinados a sostener las condiciones objetivas y subjetivas que se juzgan esenciales. Esta capacidad adaptativa de las personas, esencial para ajustarse a los entornos dinámicos en los que desarrollamos nuestra vida, sería otro ingrediente a la hora de definir qué es envejecer bien.

En resumen el concepto de envejecimiento satisfactorio subraya la idea de que la actividad, la productividad, el mantenimiento de niveles óptimos de bienestar o incluso la adquisición de nuevas ganancias son posibles en la vejez, Libro Blanco de envejecimiento activo (2010).

2.3. LA SATISFACCIÓN VITAL

Para algunas personas mayores, esta etapa evolutiva puede significar un suceso crítico al que no se adapta adecuadamente, generándose fácilmente estrés, lo que afecta a su satisfacción vital, González (2005).

Pero, también, es evidente que muchas otras personas enfrentan esta etapa como otra más de su desarrollo, adaptándose satisfactoriamente a los acontecimientos que se producen.

La clave de esta adaptación parece estar, básicamente, en el desarrollo y uso de estrategias eficaces de afrontamiento. Esta forma en la que se afrontan los acontecimientos depende de numerosos factores, entre los que destacan los siguientes (Vega y Bueno, 1996):

- a) La anticipación de los acontecimientos acaecidos durante este período evolutivo.
- b) El grado de preparación de la persona para abordar estos sucesos.
- c) La comprensión del acontecimiento y la interpretación subjetiva que efectúa del mismo.
- d) La salud física y los recursos físicos con los que cuenta para afrontar el estrés generado por los acontecimientos.
- e) Ciertos factores de personalidad.
- f) La capacidad de adaptación del individuo a nuevas situaciones.
- g) Su historia anterior de afrontamiento de acontecimientos.
- h) El apoyo social de que pueda disponer la persona.
- i) El apoyo emocional que pueda recibir.

Entre otros autores Koenig (1993), Informe 2008, afirma que algunas personas mayores cuentan con otra estrategia de afrontamiento adicional: la espiritualidad. Estas personas consideran que su estilo de vida genera salud, solidaridad familiar y hábitos estables en la comunidad.

Este ajuste personal satisfactorio es equivalente a lo que se ha denominado como envejecimiento satisfactorio. Las investigaciones de Siegler (1983) pusieron de manifiesto que el envejecimiento satisfactorio estaría integrado por tres factores: buena salud, la supervivencia y la satisfacción vital.

La satisfacción vital refleja, a su vez, el disfrute de un bienestar psicológico. La satisfacción vital es un indicador del bienestar psicológico, que es un concepto complejo que integra las siguientes dimensiones: congruencia, felicidad, afecto negativo y afecto positivo. Se refiere a los sentimientos, emociones, valoraciones y reflexiones que las personas realizan sobre su propia calidad de vida. Los factores que influyen en el sentimiento de bienestar de los mayores son varios. Entre ellos destacan los siguientes: la salud -percibida y objetiva-, los estilos de logro, el apoyo social, la depresión y algunos factores sociodemográficos (estado civil, ocupación, ingresos económicos).

Para la identificación de la satisfacción vital, suelen utilizarse indicadores objetivos y subjetivos como se expuso en el apartado anterior. Entre los primeros se incluyen

habitualmente la expectativa individual de vida y ciertos indicadores asociados a la calidad de vida (salud, nivel de ingresos y actividad social). Pero los indicadores más significativos son los subjetivos. Entre éstos suelen utilizarse medidas de autoestima y de control percibido.

El locus de control refleja la percepción de control y de autocontrol de las acciones y de sus consecuencias. La manifestación de un locus de control interno relativo a variables modificables a través de la propia actuación se considera como un índice de envejecimiento satisfactorio.

Parece que los niveles de locus de control interno disminuyen al aumentar la edad, probablemente como consecuencia de que los mayores han de enfrentarse a un número cada vez mayor de acontecimientos negativos vividos y que no pueden evitar.

La autoestima se encuentra asociada con la salud, las actitudes positivas hacia el envejecimiento y la satisfacción con la vida pasada. Es un buen predictor de la adaptación a circunstancias difíciles (ingreso en una residencia, viudedad...).

Dos de las estrategias más empleadas por los mayores para el logro de la satisfacción vital son la revisión de la vida y la reminiscencia, generalmente íntimamente relacionadas. El objetivo de la revisión de vida es dar significado a la propia vida. Consiste en una continua reinterpretación de la biografía personal, buscando establecer el sentido entre el pasado, el presente y el futuro.

Esta revisión vital se apoya en la tendencia a recordar el pasado (la reminiscencia), que puede cumplir múltiples funciones en la vida del mayor. Merrian (1993) señala que la reminiscencia es un concepto multidimensional que cumple, al menos, tres funciones básicas:

- 1) La función terapéutica refleja la posibilidad de afrontar los problemas de la vida; implica un esfuerzo para comprendernos a nosotros mismos y los aspectos básicos de la revisión vital.

Esta revisión de la vida tiene un carácter evaluativo. Es una reorganización de las experiencias del pasado. Se trata de una reminiscencia dirigida e instrumental.

- 2) La función informativa, que se centra en la transmisión de los valores culturales y educativos, de las enseñanzas del pasado, en entretener y en contar nuestros logros.

3) La función recreativa y de disfrute: Se trata de pasar el tiempo y divertirse mientras se cuentan anécdotas del pasado.

Las investigaciones realizadas han puesto de manifiesto que el uso de la reminiscencia aporta diversas consecuencias positivas para la persona:

1. Estimula el funcionamiento cognitivo.
2. Incrementa la satisfacción vital y el sentido de bienestar.
3. Aumenta la autoestima.
4. Contribuye a la integridad del yo.
5. Reduce el estrés.
6. Disminuye la probabilidad de aparición de una depresión.

Wong y Watt (1991) encontraron que la reminiscencia más relacionada con el envejecimiento satisfactorio tenía un carácter instrumental e integrativo, no obsesiva, escapista o meramente transmisiva o narrativa.

Por último, habría que señalar que la reminiscencia se convierte así en un factor de desarrollo personal y de adecuación a las nuevas circunstancias de presente o del futuro. Diversos aspectos sociales y culturales contribuyen a la reminiscencia en los mayores y al desarrollo de nuevos marcos interpretativos de la realidad.

2.4. PATRONES DEL ENVEJECIMIENTO COMPETENTE.

Lo expuesto en epígrafes anteriores nos lleva a afirmar, siguiendo a Fernández-Ballesteros (1999), que no existe un único modo o patrón de envejecer. Hay formas diferenciales y alternativas de envejecimiento individual dependiendo del estilo de envejecimiento con que se afrontan los acontecimientos vitales. Estos patrones de envejecimiento influyen en la adaptación a los acontecimientos típicos de esta etapa de la vida.

Existen dos teorías básicas, citadas en el apartado 1.2.1 de esta tesis que se contraponen al envejecimiento con éxito: La teoría de la actividad y la teoría de la desvinculación.

La teoría de la actividad (Havighurst, 1963), postula que sólo es feliz y se siente satisfecha la persona que es activa, que produce algún rendimiento y que es «útil» a otras personas. Las personas mayores, para estar satisfechas con sus vidas, tienen que pensar que son necesarias a los demás, que la sociedad todavía les necesita.

El ideal de la teoría de la actividad es anticipar la meta de envejecer con éxito. Esta teoría argumenta que el ejercicio físico y las actividades que requieran compromiso y responsabilidad, pueden contrarrestar el deterioro tanto físico como cognitivo que conlleva el envejecimiento «úsalo o piérdelo».

Hay muchos investigadores que están de acuerdo en que el ejercicio continuo, el ajuste social y las actividades productivas parecen contribuir a la satisfacción con la vida. Otros sugieren que la actividad informal, incluso, simplemente, la integración social percibida, son más importantes a la hora de alcanzar el bienestar subjetivo. En otras palabras, nuestras actitudes y expectativas acerca de la actividad deben ser más importantes que nuestros patrones formales de participación. La «actividad» depende de cómo nosotros vemos las cosas. Si no podemos realizar alguna actividad por las limitaciones de la edad, la teoría de la actividad sugiere que las personas busquen sustitutos para las actividades que no van a permanecer.

La teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961; Henry, 1964), postulan que las personas mayores desean reducir sus actividades y contactos sociales, sintiéndose satisfechas cuando lo logran.

En la edad avanzada se produce un proceso gradual de desconexión. La gente se va distanciando de la sociedad, se va apartando del mundo. Pero dicha desconexión, no es nada patológico, sino universal, normal y natural. De hecho, es la forma de envejecer satisfactoriamente.

La teoría de la desvinculación sostiene que para conseguir la adaptación al proceso de envejecimiento, es necesario que la sociedad se muestre dispuesta a librar a los mayores de sus roles sociales y de sus obligaciones, y que, al mismo tiempo, éstos deseen retirarse de la actividad social.

Sin embargo, cuando la sociedad y el individuo no están de acuerdo en admitir el proceso de alejamiento, ello produciría un desajuste en el individuo, ya que una elevada actividad social en la vejez le llevaría a una profunda insatisfacción.

Lo expuesto anteriormente, nos lleva a concluir que, ni la teoría de la actividad, ni la de la desvinculación son suficientes para dar cuenta de todos los cambios que tienen lugar a lo largo de la vida y, sobre todo en la vejez. Existen dos fuerzas concurrentes dentro de la vida de las personas mayores, una presionando a la separación y a un tipo de vida más reposado, la otra requiriendo actividad con objeto de mantener el sentido de la dignidad personal.

Por ello cada vez es más obvio que, ni la teoría sobre la desvinculación, ni la teoría sobre la actividad son suficientes para definir la acomodación satisfactoria a la vejez.

La clave del envejecimiento con éxito, competente o satisfactorio, radica ineludiblemente en la «capacidad de adaptación» de la persona de edad avanzada a los cambios físicos que se van produciendo y a los agentes externos estresantes (factores psicosociales) que se presentan. Pero no todas las personas se adaptan a dichos cambios de la misma forma.

En resumen, la desvinculación es una respuesta inadecuada para algunos; para otros, es adaptativa y, para algún otro, es la mera continuación de los patrones de conducta previamente establecidos.

De lo expuesto anteriormente se desprende que no se trata de hacer muchas cosas, sino de hacer cosas que al individuo le reporten satisfacción. No es la cantidad sino la calidad. Es decir, no es cuestión de la cantidad de actividades que se realicen sino que, más bien, lo que hace sentirse a las personas felices es el realizar actividades significativas para ellas. Una persona filosófica e introvertida podría encontrar más sentido a la vida leyendo y contemplando el mundo desde una mecedora que persiguiendo la actividad y el éxito. Sin embargo, un individuo sociable y lleno de energía solo podría encontrar la felicidad manteniéndose activo en el sentido obvio, medido objetivamente, llenando cada día su vida de cosas que hacer. De ahí la importancia que tiene ofrecer una programación diversificada y flexible, para que las personas mayores envejezcan activamente, pero siguiendo su ritmo y las motivaciones desde el punto de vista de sus centros de interés.

CAPÍTULO 3:

REFLEXIONES SOBRE LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES.

INTRODUCCIÓN.

En todos los países desarrollados se está dando un fenómeno peculiar que es fruto del desarrollo social y del avance científico como es el envejecimiento de la población.

Sobre la cuestión del envejecimiento de la población se podrían hacer dos lecturas diferenciadas:

- a) Un primer análisis, de carácter positivo, por lo que significa de evolución social y económica de las sociedades, que se pueden plasmar en los siguientes aspectos: desarrollo de las ciencias biomédicas, con la consiguiente mejora de los niveles de salud de toda la población y disminución de las tasas de mortalidad; aumento de la capacidad adquisitiva colectiva e individual; incremento de la calidad de vida y crecimiento de la expectativa de la vida de los/as ciudadanos/as.
- b) En un segundo análisis el desarrollo, anteriormente mencionado, no debe ocultar consecuencias no deseadas que el fenómeno social del envejecimiento está acarreado y que se traducen fundamentalmente en un incremento considerable de las necesidades de atención del grupo de los más débiles entre las personas mayores de 65 años.

Este crecimiento, que es más o menos similar en todos los países desarrollados, ha rebasado en mucho los cálculos previstos hace relativamente pocos años, y está empezando a plantear ciertos problemas en cuanto al futuro del actual sistema de protección social. Existe, no obstante, dentro de este envejecimiento de la población, los mayores de 80 años, cuyo incremento se está produciendo a un ritmo mucho más rápido, y

que plantea problemas añadidos, debido a que, como se verá posteriormente, la necesidad de ayuda aumenta drásticamente en este sector de la población.

Algunas consecuencias de lo anteriormente señalado serían:

- a) Mayor dependencia y fragilidad.
- b) Mayor soledad y menos redes sociales.
- c) Menor poder adquisitivo.
- d) Condiciones de vida deficientes.

En general se constata un aumento de las situaciones carenciales, lo que significa incremento de los estados de necesidad, lo que se traduce en demanda de servicios sociales, sanitarios y socio-sanitarios especializados, Yanguas y cols (1995); Espinosa (2010)

3.1. LA PERSONA MAYOR: UN COLECTIVO SOCIAL HETEROGÉNEO Y EN PROCESO DE CAMBIO.

Las personas mayores en nuestro país constituyen un colectivo profundamente heterogéneo. Partimos de diferencias en función de la salud, autonomía o dependencia, nivel de formación, estructura familiar, ámbito rural o urbano, niveles de renta entre hombres y mujeres como indicadores que confirman dicha heterogeneidad.

Aún así, hay rasgos básicos comunes que conforman a las personas mayores de nuestro país. El más significativo es el de que, cada vez más, los mayores son personas activas, Sánchez (2010).

La participación social, cultural y los cambios en las formas de vida son un claro elemento de creciente equiparación a los Estados más desarrollados del mundo.

Las redes asociativas de mayores se han extendido por todo el país con más de 3.000 asociaciones en funcionamiento. El Consejo Estatal de Mayores, los Consejos Autonómicos y la participación de mayores españoles en redes transnacionales europeas o iberoamericanas, son claro exponente de esa consolidación de un movimiento asociativo, caracterizado, además, por su voluntad y talante de colaboración constructiva.

Las personas mayores realizan actividades culturales, artesanales, deportivas, acceden de forma masiva al turismo social, incluso participan de forma creciente en la vida universitaria, Velázquez (2006).

Otro cambio de evidente importancia es el grado de autonomía de vida que cada vez más están asumiendo los mayores en relación con su núcleo familiar.

En la actualidad casi un 20% de las personas mayores viven solas (de éstas, cerca de un 80% son mujeres), que si bien es un dato que tiene diversas consecuencias, como después se analizará, nos aproxima a las situaciones de la mayoría de los Estados más desarrollados con unos porcentajes que oscilan entre el 25% y el 50% (Rodríguez Cabrero 1999), Informe 2008.

Esta aproximación es un proceso aún lento en nuestro país, debido a los niveles de desempleo juvenil y al retraso de la independencia de los hijos de los núcleos familiares y por la menor incorporación de la mujer mayor de 45 años al trabajo remunerado.

A lo anterior hay que añadir que las personas mayores en nuestro país tienen muchos derechos, como medicinas gratuitas, bonificaciones en el transporte, en actividades culturales, de ocio, turismo y termalismo social, etc, Santos (2010).

Los cambios en la situación económica de las personas mayores tienen evidente reflejo en el aumento de sus hábitos de consumo y en su capacidad de ahorro.

Por otra parte, aunque las pensiones en muchas familias es el ingreso más importante y sobre todo más estable, también es cierto que una serie de gastos fijos que tienen la mayoría de los adultos en nuestro país, educación de los hijos y adquisición de vivienda, no lo tienen las personas mayores.

En definitiva, podemos decir que, si bien con retraso histórico, en España aunque siguen existiendo cientos de miles de pensiones bajas y muy bajas, ser mayor ya no equivale, salvo excepciones a carencia de recursos o exclusión social, como sucedía hace pocas décadas.

Si la situación y el perfil de los mayores han experimentado profundos cambios en las dos últimas décadas no menores han sido los cambios de su entorno social y familiar.

El cambio en el tipo de relaciones familiares, la incorporación de la mujer al trabajo, el sustancial descenso de la natalidad, por tanto del tamaño de los núcleos familiares

básicos y de las dimensiones de las viviendas y los intensos procesos de urbanización de la población, a la vez que se mantienen varios miles de pequeños y medianos núcleos rurales, con una población especialmente envejecida, etc... Son actores que alteran de forma además irreversible, las redes tradicionales de atención y apoyo familiar y en especial el papel de cuidador asumido por una gran parte de las mujeres en relación con las personas dependientes de las familias.

Los índices de satisfacción que declaran los mayores en relación a su entorno social son, con algunos matices bastante altos. El 75% se consideran satisfechos o muy satisfechos. El 70% considera que su situación es mejor que la de sus padres cuando tenían su misma edad. El 90% se sienten muy o bastante satisfechos con sus relaciones familiares especialmente con sus nietos (Rodríguez Cabrero, 1999).

En definitiva, con carácter general y recalando que todavía hay importantes sectores de personas con problemas socioeconómicos, el mayor de hoy y de forma aún más rotunda, el mayor de los próximos años, es y será una persona con más recursos económicos, mejor salud, más activo más culto y más exigente.

Sin embargo esa realidad descrita, cada día más positiva, cambia radicalmente a partir de producirse situaciones de dependencia.

En otras palabras, se vive más y mejor, pero cada vez más personas en el último periodo de la vida tienen importantes grados de dependencia, que afectan a aspectos vitales como ceguera, sordera, movilidad, consciencia, etc. y por lo tanto a cuestiones básicas de la vida cotidiana.

Por otra parte la extensión de algunas enfermedades y en especial el Alzheimer y otras demencias similares son cada día más difíciles de circunscribir de forma exclusiva al ámbito de los cuidadores familiares.

La mejor receta para prevenir la dependencia en las personas mayores consiste en intentar hacer realidad el concepto de envejecimiento saludable. Es decir realizar tareas y actividades diarias con el convencimiento de que, independientemente de la edad, siempre se puede seguir aprendiendo, compartiendo y ser productivos dentro de la sociedad y del entorno en el que se vive.

Desde esta perspectiva se muestra la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOE

núm. 299 15 de diciembre de 2006) que configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) forma parte del cuarto pilar del estado de bienestar tras el Sistema nacional de salud, el Sistema educativo y el Sistema de pensiones. Todo ello se fundamenta en la prevención y en el tratamiento de la dependencia que repercute no sólo en las personas mayores en sus familias sino también en los ámbitos de lo social, de lo sanitario y en la sociedad en su conjunto.

A efectos de la presente Ley (39/ 2006. de 14 de Diciembre) se entiende por:

- *Autonomía*: La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
- *Dependencia*: El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.
- *Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)*: Las tareas más elementales de la persona que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse ejecutar órdenes o tareas sencillas.
- *Necesidades de apoyo para la autonomía personal*: Las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.
- *Cuidados no profesionales*: La atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.
- *Cuidados profesionales*: Los cuidados prestados por una institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, o profesional autónomos entre cuyas

finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

- *Asistencia personal:* Servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independientemente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.
- *Tercer sector:* Organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.

Una vez introducidos en el tema, pasamos a analizar los factores que se relacionan con la dependencia en las personas mayores

3.2. FACTORES RELACIONADOS CON LA CONDUCTA DEPENDIENTE.

Una de las características que habitualmente definen a la persona de edad avanzada es su conducta de dependencia, comportamiento que parece instaurarse como un rasgo definitorio de la vejez. Como consecuencia de ello, la mayor parte de los programas existentes para trabajar con personas mayores tratan de promover procedimientos para mantener o conseguir la independencia en su vida diaria. Sin embargo la conducta dependiente es un fenómeno complejo que puede tener diferentes funciones para la persona mayor y que resulta preciso analizar detenidamente.

Definimos la conducta dependiente como "pedir o aceptar, activa o pasivamente, la ayuda de otros para satisfacer las necesidades físicas o psicológicas más allá del nivel necesario". La dependencia es un aspecto estructural de las relaciones y no un rasgo de personalidad, que se caracteriza por los siguientes aspectos:

- a) Multidimensionalidad: La dependencia puede producirse en múltiples dominios (mental, físico, económico, o en una combinación de éstos) y puede evaluarse en distintos niveles (conductual, personal, situacional e interpersonal).
- b) Multicasualidad: La dependencia no es necesariamente sinónima de vejez. Es el resultado de distintos factores (estado biológico, situación sociocultural y económica y entorno). La ausencia de recursos socio-económicos, juega un importante papel en términos de falta de una red social adecuada que proporcione el apoyo necesario. Así mismo, la presencia de determinados rasgos de personalidad como la dependiente, contribuye notablemente a la presencia de este tipo de conducta.
- c) Multifuncionalidad: La dependencia puede tener múltiples funciones y metas. Aunque en general se considera como algo indeseable en nuestra sociedad, hay algunos momentos en los que llene una importante función adaptativa. Por ejemplo durante la infancia y la enfermedad la dependencia puede facilitar un crecimiento físico y psicológico saludable.

Entre los factores que pueden contribuir al desarrollo de la conducta dependiente podemos mencionar:

- a) Las condiciones físicas. La falta de salud y dependencia física son un antecedente de la conducta dependiente ya definida. Los problemas físicos en cuanto a la movilidad y a la ausencia de fuerza son habituales en las personas de edad y tienen como efectos los accidentes y las caídas. Sin embargo, este declinar biológico puede prevenirse. Promover la salud física mediante el ejercicio físico reduce la dependencia física que puede tener a su vez como consecuencia la conducta dependiente. Otro aspecto relacionado con la condición física es la enfermedad. La artritis, la osteoporosis y algunas enfermedades cardiovasculares están fuertemente asociadas con estricciones en la movilidad o con dolor crónico. Además, limitaciones sensoriales, especialmente la pérdida de la visión y de la audición, también se incrementa con la edad avanzada y contribuyen al desarrollo de ese tipo de conductas. Hasta hace poco tiempo se viene considerando la vejez como un proceso de declive y deterioro, lo cual puede incrementar la dependencia física. Sin embargo, la perspectiva del ciclo vital aporta una visión extensa del concepto de vejez como un proceso de desarrollo desde la infancia hasta la edad adulta, que incorpora tanto ganancias como pérdidas.

- b) Las condiciones psicológicas. Los problemas de salud mental, especialmente la demencia y la depresión, pueden contribuir significativamente a limitaciones dependencias. La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más común y que afecta a un mayor número de personas mayores. La demencia se caracteriza por una disminución progresiva de las funciones cognitivas, atención, memoria Juicio y habilidades verbales, así como cambios en la conducta tales como déficit en las habilidades de autocuidado.
- c) Las condiciones contextuales. La mayoría de las veces la conducta de dependencia está relacionada con los modelos sociales del entorno en el que la persona de edad se desenvuelve. La dependencia de la persona mayor es más resultado de un contacto, modelo de interacción y atención social que una necesidad. En muchas ocasiones, esta conducta de dependencia es instrumental, en su forma de controlar el ambiente y, en los entornos residenciales de controlar específicamente los contactos sociales con el personal. El tipo de conducta del personal puede inducir a la conducta dependiente. El exceso de protección puede conducir a que la persona de edad no utilice las habilidades que todavía posee, sobreviviendo el declive de las mismas como consecuencia de la falta de práctica. No contribuir en actividades de la vida cotidiana, como es esperar la comida, lo cual requiere poner en marcha muy específicas habilidades, puede conllevar a su deterioro. Del mismo modo, la ausencia de un entorno estimulador puede contribuir al desarrollo de conductas dependientes.

Una vez expuesto los factores relacionados con la dependencia, parece oportuno, que tratemos sobre la influencia del entorno sobre este comportamiento.

Desde este planteamiento habría que decir que existen dos paradigmas teóricos que explican la influencia de las condiciones del entorno en la conducta dependiente durante la edad adulta: el modelo de "inutilidad aprendida" de Seligman y el modelo de "dependencia aprendida" de Balte. Ambos se integran dentro del aprendizaje social y consideran la conducta dependiente como un fenómeno inducido socialmente, pero difieren en sus especificaciones respecto a las fuentes de dependencia y a la evaluación de sus consecuencias, no sólo como pérdida, sino también como ganancia.

El enfoque anterior nos lleva a considerar que la mayoría de los entornos sociales aceptan la conducta dependiente como un componente más de la vejez. El apoyo

dependiente y protector que proporciona este tipo de entornos se caracteriza por ser excesivamente responsivo. Pero la conducta dependiente también puede en algún caso considerarse como un componente más de la estrategia adaptativa que utiliza el sujeto para manejar su propio proceso de envejecimiento. Esta explicación está amparada por el denominado modelo de optimización selectiva con compensación. Según este modelo la persona mayor, que se enfrenta al incremento de pérdidas en sus reservas y en su resistencia, tiene varias elecciones:

1) Renunciar a sus competencias y actividades imposibilitadas por sus pérdidas funcionales.

2) Compensar estas pérdidas buscando los medios para mantener sus actividades.

3) Incrementar la dependencia en estas competencias debilitadas para poder contar con la energía necesaria que le permita llevar a cabo otras actividades que tienen para ella una prioridad personal mayor. Esta última estrategia es, en el fondo, una forma de hacerse con el control del poder. Se trata de una estrategia activa y adaptativa para hacer frente a las pérdidas en el funcionamiento que supone hacerse mayor.

Lo expuesto anteriormente nos lleva a concluir que las conductas dependientes forman parte de un proceso adaptativo entre el entorno y las condiciones biológicas que caracterizan a la vejez. Esto no quiere decir que todas las conductas dependientes sean adaptativas o que esta clase de adaptación sea necesariamente saludable u óptima para el desarrollo de las personas en este momento vital. Algunas conductas dependientes son indudablemente el resultado de un modelo de asistencia aprendida. Además, la dependencia puede tener diferentes significados pues no todas las conductas dependientes tienen la misma función. Pero este acto instrumental de control no puede considerarse como activo o primario, sino que se trata de un control secundario o pasivo. La investigación ha demostrado que el control pasivo (en el sentido de control a través del no hacer, o de la inactividad), produce los mismos efectos que el no control. La reducción en la actividad física y psicológicas incluso en la gente joven conlleva a un desuso en las funciones, lo cual, a largo plazo, conduce a la pérdida de tales funciones. Pero además, las personas mayores experimentan un incremento de su vulnerabilidad biológica con la edad. Pueden mantener o incluso aumentar su nivel de actividad en algunos tipos de conductas pero no pueden mantener un nivel general alto de productividad. Las actividades que delegan y que optimizan varían de unas personas a otras. Las tareas que la persona mayor selecciona y

en las que se concentra, constituyendo su prioridad, son el resultado de una convergencia entre las demandas del entorno, las motivaciones individuales, las habilidades y la capacidad biológica. En los estudios realizados sobre qué caracteriza un entorno óptimo para una persona de edad, los autores han identificado como factores de mayor peso la homogeneidad del ambiente, intimidad, proximidad, totalidad, gratificación de necesidades, elección, autodirección, control y autonomía. Sin embargo, frecuentemente los entornos en los que realmente se ve inmersa la persona mayor no garantizan ni aportan estos aspectos fundamentales

No obstante, en lo expuesto anteriormente hay que tener en cuenta que la conducta dependiente tiene su contrapartida. No podemos olvidar que nuestra sociedad ensalza, valora y promociona la autonomía. Este aspecto en la persona mayor que se ve obligada a depender y recibir la ayuda de los demás para mantener las actividades de la vida diaria tiene un fuerte impacto negativo. Se siente improductiva, vulnerable, débil y dependiente. En otros casos, la pérdida de habilidades de la vida diaria, relacionadas con la higiene y el aseo personal, puede traducirse en rechazo y aislamiento social. La falta de capacidad de las personas de edad avanzada para desarrollar tareas de su propio cuidado personal es una de las principales causas de institucionalización y de necesidad de asistencia domiciliaria y justamente son estos ambientes los que con una actitud sobreprotectora contribuyen al deterioro de las funciones previamente debilitadas, Espinosa (2010).

3.3. TIPOS DE DEPENDENCIA.

La dependencia es un concepto muy utilizado y de gran relevancia en el trabajo con personas mayores. Tanto para profesionales, como para políticos, planificadores, profesionales... y en general en el campo de la atención a las personas mayores.

Las evaluaciones funcionales que se utilizan para definir y cuantificar las mismas, aún siendo útiles, sobreestiman la importancia del componente físico algunas veces, y no tienen en cuenta otros dominios (mental, social...). Sucediendo, además, que en ocasiones la dependencia en un área funcional no implica la dependencia en otras áreas. Además, la ayuda en un área tiende a aliviar los problemas en otras áreas de funcionamiento.

La dependencia como fenómeno puede ser analizado desde diversos puntos de vista. Así, desde un aproximación funcional, se puede definir dependencia a partir del ajuste de los individuos a las demandas de su medio físico y social.

El ajuste se ha medido tradicionalmente a través de escalas que hacen referencia a una serie de áreas que integran la vida cotidiana en la sociedad actual. Los cinco tipos de funcionamiento que más atención han recibido hasta el momento son los siguientes:

- a) Dependencia económica: ocurre cuando una persona pasa de ser un miembro “activo”, económica y laboralmente hablando, a cuando pasa a formar parte de la población “inactiva”, “pasiva” o “dependiente”.
- b) Dependencia física: se debe a la pérdida de control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del ambiente.
- c) Dependencia social: está asociada a la pérdida de personas y relaciones significativas para el individuo.
- d) Dependencia mental: cuando el individuo pierde su capacidad para resolver sus problemas y tomar decisiones propias.
- e) Dependencia ambiental: supone la dificultad de adaptación a un entorno lleno de barreras.

No obstante la mayoría de los autores se han centrado en una de esas áreas funcionales, frecuentemente en la física, para evaluar el nivel de dependencia, así como el tipo y grado de cuidado necesario para paliarla. De hecho, muchos estudios epistemológicos citan el término dependencia como “incapacidad funcional” en relación a las Actividades de Vida Diaria, que son, el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia casi cotidiana para vivir de forma autónoma o integrada en su medio ambiente y cumplir con su rol social. Por tanto, una persona discapacitada es la que presenta limitaciones en la ejecución de una o más de estas conductas y que depende de otras personas para su realización.

Como antes se ha mencionado, la dependencia habitualmente es concebida como la pérdida de autonomía personal, cuya principal consecuencia es la necesidad por parte de la persona mayor de ser ayudada o apoyada para ajustarse a su medio e interactuar con él. La pérdida de autonomía se computa muchas veces en términos físicos y/o biológicos, es decir, como un fenómeno unidimensional.

Desde una perspectiva más amplia, deberíamos dejar de lado concepciones unidimensionales de casi todo lo que tiene que ver con la gerontología y especialmente con lo relacionado con la dependencia. Así pues, es preferible pensar en la dependencia como un fenómeno de naturaleza compleja, que presenta diversas dimensiones, causas y funciones y que difícilmente es reducible a una única configuración.

El estudio de la dependencia admite distintos niveles de análisis de mayor o menor grado de generalidad:

- 1) Si se plantea en términos globales, desde un macronivel de análisis, se puede utilizar el concepto de dependencia para definir y conocer la estructura demográfica de un área geográfica concreta.
- 2) En un nivel intermedio de análisis, podríamos hablar del porcentaje de personas que necesitan ayuda para cubrir sus necesidades básicas de higiene y vestido, en una residencia de ancianos, en un centro de día, etc.
- 3) En un macronivel de análisis (persona a persona) hablaríamos de cómo caracterizar la conducta dependiente de un individuo que interactúa con su ambiente social inmediato. Así, en este nivel de análisis, la dependencia es función de tres factores: las características de la persona mayor, el contexto social en el que se produce la conducta dependiente y la interacción entre ambos. Dicho de otro modo, este nivel de análisis permite describir la cantidad y naturaleza de la dependencia que es socialmente inducida y facilita la intervención de la misma.

3.4. LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

La Ley, (39/2006, de 14 de Diciembre) se estructura de la siguiente forma:

- a) En su título preliminar recoge las disposiciones que se refieren al objeto de la Ley y los principios que la inspiran. Los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, y los titulares de esos derechos.
- b) El título I configura el Sistema de Atención a la Dependencia, la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, a través de los diversos niveles de protección en que administrativamente se organizan las prestaciones y servicios. La necesaria cooperación entre Administraciones se concreta en la creación de un Consejo Territorial del Sistema en el que podrán participar las Corporaciones Locales y la aprobación de un marco de cooperación interadministrativa a desarrollar mediante Convenios con cada una de las Comunidades Autónomas. Asimismo, se regulan las prestaciones del Sistema y el catálogo de servicios, los grados de dependencia, los criterios básicos para su valoración, así como el procedimiento de reconocimiento del derecho a las prestaciones.
- c) El título II regula las medidas para asegurar la calidad y la eficacia del Sistema, con elaboración de planes de calidad y sistemas de evaluación, y con especial atención a la formación y cualificación de profesionales y cuidadores.

En este mismo título se regula el sistema de información de la dependencia, el Comité consultivo del sistema en el que participan los agente sociales y se dota del carácter de órganos consultivos a los ya creados, Consejo Estatal de Personas Mayores y del Consejo Nacional de la Discapacidad y Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

- d) Por último se regulan en el título III las normas sobre infracciones y sanciones vinculadas a las condiciones básicas de garantía de los derechos de los ciudadanos en situación de dependencia.

Las disposiciones adicionales introducen los cambios necesarios en la normativa estatal que se derivan de la regulación de esta Ley. Así, se realizan referencias en materia de Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, en la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas en la normativa sobre discapacidad, gran invalidez y necesidad, ayuda de tercera persona, y se prevén las modificaciones necesarias para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia.

La disposición transitoria primera regula la participación financiera del Estado en la puesta en marcha del Sistema en un periodo transitorio hasta el año 2015, de acuerdo con las previsiones del calendario de aplicación de la Ley que se contiene en la disposición final primera.

3.5. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

En la exposición de motivos de dicha Ley se argumenta que la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar la mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa, la Unión Europea. En 2002, bajo la presidencia española, la Unión Europea decidió tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de las sistemas que se implanten.

Las conclusiones del informe de la Subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad, de 13 de diciembre de 2003, coinciden en la necesidad de

configurar un sistema integral de la dependencia desde una perspectiva global con la participación activa de toda la sociedad.

En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado "envejecimiento del envejecimiento" es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a los 80 años que se ha duplicado en sólo veinte años.

Ambas cuestiones conforman una nueva realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas cada vez más amplio. Asimismo, diversos estudios ponen de manifiesto la clara correlación existente entre la edad y las situaciones de discapacidad, como muestra el hecho de que más del 32 % de las personas mayores de 65 años tengan algún tipo de discapacidad, mientras que este porcentaje se reduce a un 5% para el resto de la población.

La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y modelo adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el "apoyo informal". Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que lo necesitan.

El propio texto constitucional, en sus artículos 49 y 50, se refiere a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos. Si en 1978 los elementos fundamentales de ese modelo de Estado del bienestar se centraban, para todo ciudadano, en la protección sanitaria y de la Seguridad Social, el desarrollo social de

nuestro país desde entonces ha venido a situar a un nivel de importancia fundamental a los servicios sociales, desarrollados fundamentalmente por las Comunidades Autónomas con colaboración especial del tercer sector, como cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención a las situaciones de dependencia.

Por parte de las Administraciones Públicas, las necesidades de las personas mayores, y en general de los afectados por situaciones de dependencia, han sido atendidas hasta ahora, fundamentalmente, desde el ámbito autonómico y local, y en el marco del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, en el que participa también la Administración General del Estado y de dentro del ámbito estatal, los Planes de Acción para las Personas con Discapacidad y para Personas Mayores. Por otra parte, el sistema de Seguridad Social ha venido asumiendo algunos elementos de atención, tanto en la asistencia a personas mayores como en situaciones vinculadas a las discapacidad: gran invalidez, complementos de ayudas a terceras personas en la pensión no contributiva de invalidez y de la prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad, asimismo las prestaciones de servicios sociales en materia de reeducación y a personas con discapacidad y de asistencia a las personas mayores.

Es un hecho indudable que las entidades del tercer sector de acción social vienen participando desde hace años en la atención a las personas en situación de dependencia y apoyando el esfuerzo de las familias y de las corporaciones locales en este ámbito. Estas entidades constituyen una importante malla social que previene los riesgos de exclusión de las personas afectadas.

La necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva ahora al Estado a intervenir en este ámbito con la regulación contenida en esta Ley, que la configura como una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social.

Se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema potenciando el avance del modelo de Estado social que consagra la Constitución Española, potenciando el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios

para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales.

En esta dirección el Sistema de Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país, respondiendo a la necesidad de la atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades.

La presente Ley regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas.

El sistema tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a que se refiere la presente Ley. A tal efecto, sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. De este modo, configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, al que se reconoce como beneficiario su participación en el sistema y que administrativamente se organiza en tres niveles.

En este sentido, la competencia exclusiva del Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (artículo 149.1 CE), justifica la regulación, por parte de esta Ley, de las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas, y con pleno respeto de las competencias que las mismas hayan asumido en materia de asistencia social en desarrollo del artículo 148.1.2U de la Constitución.

La Ley establece un nivel mínimo de protección definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Asimismo como un segundo nivel de protección, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la

Ley. Finalmente, las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos.

La propia naturaleza del objeto de esta Ley requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por lo que la coordinación y la cooperación con las Comunidades Autónomas es un elemento fundamental. Por ello, la Ley establece una serie de mecanismo de cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, entre los que destaca la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. En su seno deben desarrollarse, a través del acuerdo entre las administraciones las funciones de acordar un marco de cooperación interadministrativa, la intensidad de los servicios de catálogos, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia, aspectos que deben permitir el posterior despliegue del Sistema a través de los correspondientes convenios con las Comunidades Autónomas. Se trata pues, de desarrollar, a partir del marco conceptual, un modelo innovador, integrado, basado en la cooperación interadministrativa y en el respeto a las competencias.

La financiación vendrá determinada por el número de personas en situación de dependencia y de los servicios y prestaciones de esta Ley, por lo que la misma será estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante la corresponsabilidad de las Administraciones Públicas. En todo caso, la Administración General del Estado garantizará la financiación a las Comunidades Autónomas para el desarrollo del nivel mínimo de protección para las personas en situación de dependencia recogidas en esta Ley.

El Sistema atenderá de forma equitativa a todos los ciudadanos en situación de dependencia. Los beneficiarios contribuirán económicamente en la financiación de los servicios de forma progresiva en función de su capacidad económica, teniendo en cuenta para ello el tipo de servicio que se presta y el coste del mismo.

El Sistema garantizará la participación de las entidades que representan a las personas en situación de dependencia y sus familias en sus órganos consultivos.

Se reconocerá, también, la participación de los beneficiarios en el sistema, la complementariedad y compatibilidad entre los diferentes tipos de prestaciones en los términos que determinen las normas de desarrollo.

3.6. OBJETO Y PRINCIPIOS DE LA LEY.

En este apartado se tratará, en primer lugar, del objeto de la ley y, en segundo lugar, se expondrán los principios que la sustentan.

3.6.1. Objeto.

La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

El sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades ,Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.

3.6.2. Principios fundamentales.

Esta Ley se inspira en los siguientes principios:

- a) El carácter público de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- b) La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley.

- c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.
- d) La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.
- e) La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.
- f) La personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia tener mayor grado de discriminación o menos igualdad de oportunidades.
- g) El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación estímulo social y mental.
- h) La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- i) La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
- j) La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.
- k) La participación de las personas en situación de dependencia y en su caso, de sus familias y entidades que le representen en los términos que le representen en esta Ley.
- l) La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema a la autonomía y atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales, personas en situación de dependencia con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.
- m) La participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- n) La participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.

- o) La integración de las prestaciones establecidas en esta Ley, en las redes de servicios sociales de las Comunidades autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantías de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados.
- p) La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.
- q) Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente.

Puesto que la aplicación de esta ley genera una ayuda pública a los ciudadano/as que lo solicitan, parece obvio que se haga una valoración rigurosa de las personas solicitantes.

3.7. LA DEPENDENCIA Y SU VALORACIÓN.

Para la valoración de la dependencia de las personas mayores se tendrán en cuenta: 1ª) los grados de dependencia y 2ª) la evaluación de la situación de dependencia.

3.7.1. Grados de dependencia.

La situación de dependencia se clasifica en los siguientes grados:

- a) Grado I. Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- b) Grado II. Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extensos para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida local de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo o generalizado para su autonomía personal.

Cada uno de los grados de dependencia, establecidos anteriormente, se clasificará en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requieren.

Los intervalos para la determinación de los grados y niveles se establecerán en el baremo.

3.7.2. Valoración de la situación de dependencia.

En la citada Ley de dependencia se especifica que las Comunidades Autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado, nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. El Consejo Territorial deberá acordar unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las Comunidades Autónomas que, en todo caso, tendrán carácter público.

El grado y niveles de dependencia, a efectos de su valoración se determinarán mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo Territorial de Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para su posterior aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto. Dicho baremo tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud.

El baremo establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados y niveles de dependencia, y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas, en su caso.

El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí mismo las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas.

3.8. CATÁLOGO DE SERVICIOS

El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia en los términos que se especifican:

- a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de autonomía personal.
- b) Servicio de Teleasistencia.
- c) Servicio de Ayuda a domicilio:
 - Atención de las necesidades del hogar
 - Cuidados personales.
- d) Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - Centro de Día para mayores
 - Centro de Día para menores de 65 años
 - Centro de Día de atención especializada
 - Centro de Noche
- e) Servicio de Atención Residencial:
 - Residencia de personas mayores en situación de dependencia
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Los servicios establecidos se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

No obstante, lo expuesto anteriormente, habría que tener en cuenta que existen una serie de cuestiones generales que pueden ayudar a los profesionales a decidir cómo y cuándo intervenir en las conductas dependientes de una persona mayor. Estas cuestiones se exponen en el siguiente esquema:

Cuadro Nº 1 CÓMO Y CUÁNDO INTERVENIR EN LA CONDUCTA DEPENDIENTE

Para explicitar este cuadro nos ha parecido oportuno hacernos las siguientes preguntas:

A	¿Es la conducta dependiente realmente un problema? De ser así, ¿para quién es un problema, para el propio individuo o para otros (cuidadores/as, familia)?...
B	¿Cuáles son los antecedentes de la conducta dependiente? Esta pregunta supone tener en cuenta factores biológicos, psicológicos y contextuales. ¿Se ha producido alguna enfermedad física o mental o se le ha cambiado alguna medicación? ¿En qué contexto se da esa conducta? ¿Se produce en un lugar en concreto o ante una persona particular?...
C	¿Cuáles son las consecuencias de la conducta dependiente? ¿Cómo responden los demás ante esta conducta de dependencia? ¿Qué consecuencias tiene la conducta dependiente en los otros aspectos de funcionamiento de la persona mayor? ¿Le permite esa dependencia a la persona mayor dejar libres otros recursos físicos y mentales para desempeñar alguna actividad de mayor valor?...

Elaboración propia (2010)

3.9. FORMACIÓN EN MATERIA DE DEPENDENCIA.

Además de los servicios expuestos, parece oportuno que la Ley ofrezca un sistema de formación para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

3.9.1 La formación y cualificación de profesionales y cuidadores/as

La Ley atenderá a la formación básica y permanente de los profesionales y cuidadores, es que atiendan a las personas en situación de dependencia. Para ello, los poderes públicos determinarán las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las funciones que se correspondan con el Catálogo de Servicios.

La formación en materia de dependencia estará orientada fundamentalmente a la formación y cualificación de profesionales y cuidadores/as de las personas dependientes.

Desde esta perspectiva, los poderes públicos promoverán los programas y las acciones formativas que sean necesarios para la implantación de los servicios que establece la Ley.

Por último, y con el objetivo de garantizar la calidad del Sistema, se fomentará la colaboración entre las distintas Administraciones Públicas competentes en materia educativa, sanitaria, laboral y de asuntos sociales, así como de éstas con las universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales y sindicales, patronales y del tercer sector. Todos ellos por garantizar la calidad del servicio a las personas mayores, no sólo en el ámbito de la formación de los profesionales, sino también en el de los cuidadores que atienden a las personas de edad avanzada en situación de dependencia. Aspecto, este último, que dignifica el tratamiento que recibe este colectivo y que constituye un elemento innovador y una garantía para la calidad de vida de las personas mayores.

CAPÍTULO 4:

LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN EL CONTEXTO RURAL.

INTRODUCCIÓN.

Que la sociedad rural esté más o menos envejecida no tiene por qué ser preocupante, sino todo lo contrario, porque el envejecimiento constituye un logro social. No obstante, para tener una visión más ajustada del problema habría que resaltar estos dos hechos:

- Primero, porque una parte del colectivo de los mayores, un tercio, (véase IMSERSO, 1995 a pp.59 ss, Informe 2008 p.p. 83 ss. Libro Blanco de envejecimiento activo 2010 p.p. 225-260), tiene problemas de dependencia y precisa de la colaboración y de la ayuda de los demás.
- Segundo, porque uno de cada tres o de cada cuatro mayores son personas totalmente independientes y, generalmente, no tienen una problemática muy diferente a la de otros colectivos; más aún, este grupo puede ser aprovechado en tareas que redunden en beneficio de la sociedad, en general, y de los mayores, en particular, Sánchez (2010)

Estos dos hechos son igualmente verdaderos y no conviene cargar las tintas en una o en otra dirección.

No obstante, esta tesis no tiene por objeto estudiar la situación de los mayores que están bien y que se valen por sí mismos, sino que ha centrado su objetivo en la problemática que se genera entre aquellas personas que empiezan a ser dependientes y que precisan de soluciones adecuadas a sus problemas. Se trata de investigar, no sobre el colectivo de las personas mayores, sino sobre el que tiene dificultades para resolver sus problemas de independencia y se ve obligado a depender de terceros, bien sea de la ayuda informal o bien de los servicios del Estado, Autonomía o Gobierno local en un contexto rural concreto: la provincia de Sevilla.

4.1. NECESIDADES Y DEPENDENCIA.

Lo que se deduce de la revisión bibliográfica es que una parte de las personas mayores son personas dependientes. Lo son en términos económicos, porque su capacidad de renta se ve fuertemente menguada al salir del sistema de producción. También en términos de salud, pues su organismo comienza a debilitarse y degradarse, limitando de esta manera tanto su independencia física como, en algunos casos, psíquica. Por último, estas personas son protagonistas de la ruptura de la estructura familiar tradicional, reforzando situaciones de soledad, o por lo menos de no tanta compañía como la que se tenía en años más jóvenes, Espinosa (2010).

Estas situaciones propias de las etapas finales de la vida se refuerzan de manera negativa con las que traían de edades más tempranas. La población mayor con mayores problemas es consecuencia, en buena parte, de lo que se fue en la juventud y en la madurez. Este papel social de personas dependientes tiene que entenderse, también, como resultado del papel social en el que fueron socializadas, tanto hombres como mujeres.

Los hombres mayores en general, no saben hacer las tareas domésticas, pues en ningún momento se les enseñó. Su dependencia en edades avanzadas es todavía mayor por esta razón cultural. Por su parte, las mujeres deben asumir que no aceptar su sumisa resignación ante las circunstancias adversas por igual razón social.

Por tanto, las características sociodemográficas de los mayores son una consecuencia lógica de una situación ilógica que se daba en el pasado. Un ejemplo puede ser suficiente para demostrar la mayor dependencia de las personas mayores. El bajo nivel de estudios de la mayor parte de la población perteneciente a las personas mayores, debe entenderse como resultado de la sociedad desigual en la que se formaron. Con los datos obtenidos de las encuestas del CIREs, algo menos del 62 por ciento del total de los entrevistados (9.050) no había llegado a terminar sus estudios primarios. En el mundo rural, el porcentaje es aún mayor (69%) que en el urbano (58%).

El futuro de los mayores estará a su vez condicionado por este presente, resultado de tan deficiente pasado. En este caso las situaciones de degradación y dependencia se acumularán, ya que los tres factores señalados refuerzan entre sí sus efectos negativos, conforme pasa el tiempo y las personas mayores cumplen más años. De cara a un futuro

inmediato, estas limitaciones en las generaciones más jóvenes tenderán a desaparecer porque las condiciones sociales ya han sido bien distintas a las de las generaciones de los mayores.

Por ahora, las personas mayores siguen encontrando en los hijos la ayuda que les redime, en parte, su dependencia y su soledad. Bien es cierto, como se verá, que no son todos, ni todos la reciben de la misma manera y con el mismo afecto. Los datos muestran la coexistencia de modelos familiares que responden a la estructura familiar tradicional, patriarcal, sobre todo en el medio rural: hijos mayores que siguen viviendo en la casa de los padres. Modelo que se reproducen de manera excéntrica también, aunque en menor medida, en el medio urbano. En este caso cabe pensar que por razón de la crisis económica, o por el modelo peculiar de desarrollo de la sociedad española, que traslada el modelo tradicional al medio urbano.

Lo normal parece ser que sean los padres los que acuden a casa de sus hijos, y en mayor medida con las hijas, como así ocurre, sobre todo en el medio urbano, más aún cuando falta uno de los cónyuges. Cabe esperar en un futuro que estas cifras serán algo menores. Son los costes inevitables y los efectos no queridos de un modelo peculiar de desarrollo social.

4.2. LAS DEMANDAS DE LOS MAYORES EN EL CONTEXTO RURAL.

El colectivo de las personas mayores rural se caracteriza por una complejidad de sentimientos, motivaciones, problemas, anhelos y deseos, que a veces coinciden con los del colectivo general, pero en otras tienen sus peculiaridades propias.

La trayectoria seguida por las personas mayores en su proceso está marcada por diferentes estadios que determinan un proceso sucesivo de desgaste y deterioro. Primero se suele dar una situación de autonomía que les permite vivir de forma independiente de los hijos y en su lugar habitual de residencia; aspiran a disfrutar de esta situación hasta que las fuerzas se lo permiten, e incluso, extremándolas un poco; segundo, unas veces de forma imperceptible y otras de manera traumática, se da un proceso de transición a la ancianidad, marcado por la aparición de síntomas de dependencia; es entonces cuando se empiezan a demandar apoyos puntuales, que se van haciendo cada vez más frecuentes e intensivos; la última fase se define por una situación de deterioro importante que provoca la necesidad de un apoyo continuado, respuesta que hasta el presente se ha encontrado de forma generalizada en la familia.

Evidentemente cada una de estas situaciones genera una problemática y demanda una clase de servicios que no siempre encuentran una respuesta satisfactoria.

Veamos cuáles son, en síntesis, los problemas y las demandas, García Sanz y cols (1997), Informe 2008 p.p. 228 y ss.:

- A) En primer lugar los mayores, como principio, no quieren ser un problema para nadie, y en la medida que sus fuerzas lo permitan tienen el deseo de vivir de forma independiente, en su casa y en su lugar de origen.
- B) En segundo lugar la familia es la única respuesta aceptada para la vejez y sólo en situaciones excepcionales podría ser sustituida por otra institución o por otra respuesta. Aunque se reconocen los problemas creados por la vida moderna como consecuencia de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la emigración de los hijos a la ciudad y las situaciones de deterioro que se originan en la vejez, a causa de la prolongación de la esperanza de vida, ello no exime, según su visión, a la familia y a los

hijos, del deber de cuidar a los padres. Ahora bien, estas circunstancias parece que se tienen más en cuenta, por lo que se podría pensar en otras respuestas, en el supuesto de que surjan situaciones de dependencia.

- C) En tercer lugar otro factor, que problematiza la respuesta familiar, es la ruptura de la familia extensa y la desestructuración de la familia rural como consecuencia de la emigración. Todo ello genera en los mayores sentimientos de pesimismo e inseguridad ante el futuro, provocándoles ciertos conflictos entre lo que debería ser o se desea que sea y lo que realmente es o puede ser.
- D) En cuarto lugar el miedo y la inseguridad ante el futuro hace que se acepten otras respuestas, no deseables, pero posibles, lo que provoca que se tenga hacia ellas sentimientos contradictorios.

Desde este punto de vista, la visión de las residencias de mayores está marcada por una fuerte carga ideológica negativa. El rechazo inicial hacia este tipo de centros se explica por el deseo de no cuestionar los soportes tradicionales de respuesta, además de la idea de marginación social que ha acompañado a este tipo de centros. Esta postura parece que está cambiando por los nuevos condicionantes que han ido apareciendo en la sociedad moderna, por la nueva imagen que ofrece la vida en estos centros y por ciertas experiencias positivas que se van divulgando entre la gente que tiene un desconocimiento de cómo se vive en estos centros.

Estos cambios han hecho que cada vez se generalice más lo que se ha definido como posición realista, que consiste en aceptar la vida en este tipo de centros, cuando no existen otras respuestas alternativas aceptables. Un grupo importante de mayores llega incluso a reconocer que existen circunstancias que harían aconsejable la residencia, sobre todo en situaciones en las que no es posible cuidar al mayor dependiente, porque la mujer trabaja fuera del hogar, porque los hijos se han dispersado por la emigración y viven lejos del lugar en el que reside el mayor o porque la sobrecarga del cuidado ha llegado a ser tan extrema que los recursos familiares resultan insuficientes.

La aceptación de la residencia como respuesta a la problemática de los mayores, encuentra un afianzamiento añadido cuando se ha podido tener una experiencia directa de la vida en estos centros y cuando la residencia es pequeña y está ubicada en la propia localidad rural. En este caso, la residencia sería la alternativa ideal porque

permite seguir viviendo en el propio pueblo y hace posible mantener relaciones con el entorno.

El deseo de permanecer en casa, mientras la salud lo permita, es un sentimiento profundamente interiorizado y arraigado en la persona mayor rural. Este sentimiento le predispone para aceptar sin rodeos cualquier respuesta que vaya en esta dirección. Por eso se aceptaría mejor la ayuda a domicilio que el ingreso en una residencia, o vivir en una residencia en el pueblo que emigrar fuera de él. La ayuda a domicilio es una solución generalmente bien vista, aunque no se tiene un conocimiento profundo de su funcionamiento. La idea que se tiene de esta forma de atención es que permite al anciano seguir viviendo en su casa, sin romper con su pasado, a la vez que aplaza el recurso de ir con los hijos o buscar otra solución más traumática. No obstante, hay que señalar que se dan algunas reticencias, unas derivadas del desconocimiento o de un conocimiento parcial, otras procedentes de ciertos atavismos culturales y otras de su componente económico, pues se piensa que alguien lo tiene que pagar. En el mundo rural gallego y en algunas zonas del interior, la reticencia hacia la ayuda a domicilio está motivada porque, a decir de algunos mayores, supone una intromisión en la vida privada, que generaría "habladurías" en la población cuando se presta a hombre solteros.

- E) En quinto lugar las personas mayores viven su vejez de forma favorable e incluso satisfactoriamente, sin olvidar que es un proceso en el que convergen tanto aspectos de plenitud como de decrepitud. En este proceso intervienen diferentes factores, como pueden ser la salud, la personalidad, la educación, las influencias sociales y el dinero. La seguridad económica es un factor fundamental para mantener el equilibrio, puesto que de él depende, así piensan, su seguridad futura.

Este es sin duda uno de los grandes logros que ha alcanzado el Estado de Bienestar. La pensión ha supuesto para las personas jubiladas la llave de su independencia y les ha dado la libertad económica. Aunque la mayoría de los mayores experimenta un descenso en el poder económico, es una parcela que la tienen cubierta de forma suficiente. Todos, o casi todos, son ahorradores.

Para las personas mayores, la pensión y el patrimonio les supone una especie de seguro para enfrentarse con ciertas garantías al futuro. Más aún, el patrimonio y el ahorro son dos armas que los mayores manejan a su antojo para proporcionarse el

cuidado y la atención de los hijos. El fenómeno del ahorro, "verdadero milagro" para cubrir las necesidades mínimas, es el resultado de la mentalidad de privación, pero también es un recurso para garantizar el futuro. Se cubrirán de forma insuficiente las necesidades actuales, pero siempre habrá unos duros que ahorrar para el día de mañana. El deseo de acumulación es tan fuerte que se realiza incluso a costa del bienestar presente. En los mayores la mentalidad más abierta, los viejos más jóvenes, esta idea empieza a quebrar y es cada vez más frecuente la preocupación por el cuidado personal. Como prueba de ello está la gran aceptación que tienen los viajes del IMSERSO o los programas de vacaciones. Este es un proceso de mentalización que tiende a evolucionar lentamente, aunque con reticencias y dificultades.

- F) En sexto y último lugar, aunque la psicología sostiene que los rasgos más característicos de la personalidad se mantienen a lo largo de toda la vida, hay ciertos aspectos que se pueden modificar como consecuencia de los cambios bruscos que se pueden producir en la vejez, ya sea por la limitación de la salud o por la pérdida de una persona querida. Estos cambios tan acuciantes van acompañados en numerosas ocasiones con problemas de soledad o de inseguridad.

La soledad, producto de la viudedad o de la ausencia de los hijos que han emigrado, acarrea sentimientos de tristeza, inseguridad y miedos, fundamentalmente en los momentos de la noche. Durante el día las horas se pasan y no hay tiempo ni para aburrirse ni para estar solo.

Los miedos a la soledad de la noche suelen reforzarse por la vulnerabilidad de la salud que se experimenta a partir de cierta edad. Las imágenes de enfermar por la noche o de no poder ser socorridos se juntan con el fantasma de la muerte. Por este motivo, los mayores rurales, sobre todo las mujeres, reivindican la compañía de la noche.

Mientras que la mujer se siente afectada por la soledad de la noche, en el hombre no se suele dar este problema. También es diferente entre hombres y mujeres la respuesta que unos y otros piden para resolver la soledad; el hombre estaría encantado encontrando una compañera con la que compartir los días y las noches, pero esta no es la solución que mas agrada a la mujer.

4.3. LA PERSONA MAYOR RURAL: NECESIDADES Y PROPUESTAS.

La problemática planteada tiene que tener un correlato en medidas concretas que traten de resolver los problemas. Tres son los ámbitos en los que, a nuestro entender, se debe orientar la actuación de la Administración: a) el mayor y sus necesidades, b) la familia que responde de la ayuda informal y c) el entorno en el que se da la respuesta. A su vez, en estos ámbitos de acción habría que diseñar el papel que debe asumir la Administración, lo que corresponde a la familia y a los campos de convergencia.

No obstante, habría que señalar que, el mundo rural tiene unas características demográficas propias que hacen necesaria la consideración de su especificidad, no sólo para conocer los procesos de envejecimiento, sino también para establecer políticas plausibles y líneas de actuación ajustadas a este medio.

Además la sociedad rural está, en conjunto, bastante más envejecida que la sociedad urbana. De hecho, en todas las Comunidades Autónomas y provincias los municipios rurales tienen un plus de envejecimiento superior al de los municipios urbanos; pero no conviene perder de vista que, desde esta perspectiva, no existe solamente un mundo rural, sino varios. Razón de masculinidad, índice de envejecimiento, índice de dependencia asistencial, incremento de la soltería, viudedad, etc., son, entre otros, indicadores que hay que tener en cuenta para hacer una buena planificación de la oferta de servicios sociales, oferta que tiene que tener en cuenta las características y las demandas de cada colectivo y de cada región.

Un hecho nuevo, del que se derivan grandes consecuencias demográficas y sociales para el mundo rural, es el proceso de retorno a las zonas rurales de las personas mayores, jubiladas o prejubiladas. La costa, pero también el interior, es foco creciente de atracción de mayores; la costa, por la bonanza de su clima; sin embargo, el interior, por el atractivo que supone volver a los lugares de origen. Será preciso prestar atención a la nueva demanda de servicios sociales para las personas mayores en estos lugares, no sólo para canalizar hacia ellos la oferta institucional, sino para prever posibles ajustes entre recursos y necesidades, que no necesariamente tienen que sufragarse con el dinero público.

La persona mayor rural ama por encima de todo su autonomía e independencia, por lo que quiere vivir en su casa y en su pueblo. Cuando esto no es posible se resigna a la decisión que toman otros, generalmente los hijos, aceptando incluso vivir en un lugar extraño, aunque sea a meses y en una ciudad. Para evitar situaciones traumáticas, se debería prever y preparar la toma de esta decisión, consultando con los interesados y analizando las soluciones posibles y deseables que podrían tomarse sin necesidad de abandonar el pueblo.

Por ello garantizar la pervivencia de los mayores en su propio medio es un hecho que depende de que se conozca y se coordine de forma adecuada toda la red de servicios que están a su disposición. Disponer de una vivienda, que satisfaga los estándares mínimos en cuanto a equipamientos y confort, y que reúna las condiciones necesarias de acceso y habitabilidad, suprimiendo las barreras arquitectónicas; favorecer la autonomía personal mediante la garantía de acceso a la utilización de las ayudas técnicas y de nuevas tecnologías, y facilitar la creación de una red de servicios comunitarios adaptados a las necesidades de los mayores rurales, son medios imprescindibles y necesarios para mantener la fijación del anciano a su medio y las relaciones con el entorno.

El miedo a una muerte repentina y a la soledad de la noche son problemas que afectan de forma especial a la mujer rural; algunas, incluso, piensan en residencias nocturnas para resolver este problema. Muchas mujeres rurales se sentirían liberadas del miedo y de la soledad nocturna si pudieran disponer de servicios de tele-alarma, tele-asistencia y, por supuesto, de un servicio de red telefónica, que les diera la seguridad de que al pulsar una tecla alguien pudiera solucionar de forma rápida su problema.

Extender estos servicios hasta los lugares más apartados y los pueblos más pequeños es una necesidad urgente.

Por último habría que indicar que el mayor rural es depositario de importantes recursos económicos que ha ahorrado, a pesar de contar con una pensión insuficiente. Una de las finalidades del ahorro es la de prever y garantizar el futuro, sobre todo el relativo al cuidado y la atención. Convencer al mayor de que tiene que colaborar o asumir la responsabilidad económica de los futuros cuidados que se le presten debería constituir un objetivo fundamental de la Administración y de los familiares. Educar en esta dirección, enseñando a asumir los costes de los servicios que se prestan, es una tarea urgente de la Administración.

4.4. LA CRISIS DE LA FAMILIA-MUJER COMO SOPORTES DEL APOYO INFORMAL.

La familia y la mujer rural son y han sido dos soportes básicos para la atención y cuidado de los mayores; si bien tanto la institución familiar como la mujer tienen muy arraigado el papel y la función cuidadora, sin embargo, ambas corren el peligro de debilitarse si no se establecen apoyos adecuados. No hay que perder de vista que la población que requiere ayuda va a aumentar en los próximos años, y que la institución familiar va a perder peso como recurso informal. Por ello es necesario consolidar un sistema de atención, incentivando a los cuidadores. Entre las acciones que podrían ponerse en marcha estarían, siguiendo a García Sanz y cols (1997), las siguientes:

- a) Desarrollo de la ayuda a domicilio aprovechando los recursos humanos existentes en la comunidad rural. Se podrían poner en marcha varias fórmulas: desde la creación de cooperativas de carácter comarcal, hasta la atribución de la ayuda a personas concretas y determinadas de la comunidad rural que, por sus especiales características, estarían dispuestas a hacerse cargo de este servicio. En todos los pueblos hay viudas y/o solteras a las que se podría preparar para hacerse cargo de esta acción, recibiendo por ello algún estímulo económico, que podría venir bien de la Administración, bien de la persona mayor, o bien de ambos.
- b) Generalización del servicio de tele-asistencia, para dar cierta seguridad ante las situaciones imprevisibles que produce la soledad. Se cree que la tele-asistencia no tendría aceptación, pudiéndose sustituir o complementar este servicio con las relaciones vecinales.
- c) Las relaciones de vecindad son un patrimonio de los pueblos rurales. Como se ha señalado reiteradamente, los vecinos cumplen una función importante, aunque, como norma, no suplantando o sustituyen la acción familiar. Ahora bien, el capital humano de la acción vecinal para que resulte socialmente rentable y se pueda canalizar para completar la ayuda familiar, precisa de una cierta organización y, probablemente, de incentivos económicos, cuando se pretende que se realice con regularidad o asuma funciones concretas. Hay tareas, complementarias o

sustitutorias de la ayuda a domicilio, que podría ser realizadas por algunos vecinos con muy poco coste económico y con cierta naturalidad.

No obstante la familia rural no siempre puede cubrir todas las necesidades ni dar respuesta a todos los problemas. En el mundo rural aumentan los hogares solitarios de personas de sesenta y cinco años y más, unas veces como consecuencia de la soltería y otras por la ausencia de familiares que viven en la localidad. Si bien la soledad se puede suplir, en parte, aceptando un sistema muy arraigado en la tradición de los pueblos, como "la rotación periódica" entre los hogares de los hijos, este hecho empieza a ser cuestionado porque obliga, en muchas ocasiones, a abandonar el pueblo para trasladarse a lugares de difícil ambientación para el mayor, como la ciudad. Sería bueno educar a la familia para que buscase las respuestas más adecuadas, a fin de que el mayor no abandonase el pueblo, o lo hiciese sólo de forma transitoria. Como se ha señalado en el punto anterior, hay soluciones que podrían evitar el trauma de la rotación. No hay que descartar ciertas fórmulas de vida en común (minirresidencias o viviendas tuteladas, siempre que estuviesen ubicadas en la misma localidad). Aunque esta solución debería ser considerada excepcional y sólo para casos en los que ha sido imposible armonizar la responsabilidad familiar y la acción vecinal.

Por todo ello sería muy conveniente resaltar el papel de la familia como respuesta informal y hacer un punto y aparte sobre la importancia de la mujer en la realización de estas tareas. El cuidado de los mayores es un hecho fuertemente interiorizado en la mentalidad de la mujer tradicional, pero empieza ya a resquebrajarse, bien porque las mujeres más jóvenes no están dispuestas a asumir esta tarea como lo hacían sus madres, bien por las limitaciones que conlleva la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, bien por lo que significa tener en casa a una persona que, aunque dependiente, generalmente no renuncia a la autoridad que le ha conferido el ser jefe de la familia. Es tarea de todos apoyar la figura de la mujer cuidadora para que no se siente explotada ni maltratada en la realización de esta función. Es importante que, junto a los estímulos morales, ampliamente arraigados en la sociedad rural, se despierten otros de carácter económico, jurídico, asistencial o social que faciliten y hagan llevadera la tarea. Se podrían señalar los siguientes:

- a) Desgravaciones fiscales para las familias entre otras, que viven con mayores en situación de necesidad.

- b) Prestaciones económicas para aquellas personas que se ocupan de, ayudar y cuidar a familiares de edad avanzada y que requieren atención permanente.
- c) Exoneraciones de la seguridad social para el personal contratado a domicilio y que atienden a personas dependientes.
- d) Concesión de permisos y excedencias laborales para atender a personas dependientes.
- e) Apoyo de acciones que pueden favorecer la convivencia intergeneracional.
- f) Tender hacia un reparto de responsabilidades entre todos los miembros del hogar, descargando durante algunas horas o algunos días a la persona cuidadora de prestar la atención. Sería deseable y recomendable que los hombres asumiesen un plus de responsabilidad cuando se trata de cuidar a un familiar suyo...

Todos estos estímulos son medidas que apoyarían el papel de la mujer como cuidadora, pero dentro de un contexto de responsabilidad compartida (Bazo y Domínguez-Alcó, 1996).

Todo lo anterior debería completarse con campañas de sensibilización que orienten la solidaridad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres, la financiación de programas de formación a familias que tengan mayores a su cargo, la mejora de los sistemas de información sobre los recursos sociales disponibles y, en ocasiones y de forma más excepcional, la prestación de ayuda psicológica a familias cuidadoras habituales.

4.5. LA ADMINISTRACIÓN COMO MEDIADORA.

El fomento y apoyo del sector informal en el mundo rural desde las Administraciones públicas depende en gran medida del actual estado de desarrollo del sector público formal. Una mayor implantación en el territorio facilita la extensión de políticas específicas de apoyo al sector informal desde la Administración.

En lo relativo a la opción residencial, habría que dar prioridad o concertar con el sector privado que puede ayudar en gran medida a enjugar el déficit de plazas residenciales

en el medio rural, sobre todo si es la Administración la que determina la situación y características de los equipamientos residenciales básicos, dejando su gestión al sector privado y estableciendo conciertos y criterios de inspección claros y rigurosos. De esta forma se puede alterar la natural tendencia del sector privado a localizar su oferta en las zonas más pobladas y a hacer frente sólo a la demanda solvente, lo cual dejaría en clara desventaja al medio rural frente al urbano. De no contemplarse la creación de plazas para válidos, las minirresidencias sólo tendrían sentido en cuanto supusieran un recurso intermedio para hacer frente a crisis puntuales, mientras no se halle una solución más permanente a la problemática del mayor.

El establecimiento de nuevos equipamientos (centros de día, centros de noche, minirresidencias) debería controlarse y planificarse en función de su rentabilidad social manifiesta, ya que se ha detectado una tendencia por parte de los poderes locales a instrumentalizar políticamente la implantación de equipamientos, no siempre necesarios o adecuados, por sus características o dimensiones, a la realidad social de las zonas rurales. La creación de puestos de trabajo parece ser un factor que anima a la creación de estos equipamientos. Una política desde los entes autonómicos que fomente fórmulas racionales de organización y gestión poco intensivas en mano de obra puede desmotivar a los municipios en su búsqueda del voto clientelista. Parece, en este sentido, bastante racional el planteamiento de centros polivalentes en el ámbito municipal y residencial modulares de asistidos en las cabeceras comarcales. Las plazas de válidos en minirresidencias se dejan al criterio (y a expensas) de los gobiernos locales.

Los centros polivalentes, hogares o residencias ya existentes pueden tener un papel primordial en el respaldo a la atención informal y a los grupos de apoyo (ONG y grupos de ayuda mutua), siempre y cuando funcionen como centros abiertos a la comunidad, extendiendo el efecto de sus servicios a través del sobredimensionamiento de alguno de ellos (comidas, lavanderías, atención especializada a domicilio, apoyo psicológico y formativo a familiares, etc.) para uso de población "externa" al centro. Incluso se podría ampliar la función de estos centros para llevar a cabo acciones residenciales de carácter temporal, para personas que carecen de infraestructura familiar o para las que, teniendo familia, se encuentran eventualmente en situación de necesidad, Sánchez (2010).

En cuanto a la implicación del sector voluntario sería importante conseguir, por lo menos, dos objetivos:

- a) La realización por parte de las ONG, como Cruz Roja, Cáritas... de tareas complementarias de las realizadas por los servicios sociales, sobre todo de aquellas en las que han mostrado una especial competencia (transporte adaptado, tele-asistencia, acompañamientos, animación sociocultural y comunitaria).
- b) Promover, a través de ellas y de los recursos (técnicos, materiales y humanos) de que dispongan, el tejido social de la comunidad, reforzando los vínculos vecinales ya existentes sobre una base regular. Este refuerzo tendría un efecto positivo en la detección de problemáticas y en la consistencia y fiabilidad de la red vecinal.

Respecto a las familias, es necesario definir, si se las considera como usuarias de los servicios sociales o no. En el caso de que sí se consideren como tales, es necesario llevar a cabo una tarea de detección previa para que la familia acuda a los servicios sociales en búsqueda de la sustitución. Se hace necesario también definir el régimen económico en que tienen lugar la prestación de dichos servicios y si es posible avanzar hacia el establecimiento de una "universalidad no-gratuita". No parece aconsejable por el momento la opción del pago de emolumentos a familiares por cuidar al mayor, si bien el apoyo en forma de servicios o recursos cuenta con el respaldo generalizado de los expertos consultados.

En términos teóricos, la intervención de la Administración puede reforzar desde arriba, a través de la red de equipamientos y servicios existentes y en conjunción con las ONG y el sector privado, toda aquella iniciativa que surja desde abajo, Sánchez (2010).

En los términos expresados por Gordon y Donald (1993) parece imponerse un planteamiento pragmático, que trate de incrementar el peso de lo informal y de reformular lo formal, de manera que ambos sectores no funcionen de forma paralela, sino que se refuercen y se complementen mutuamente, para llegar así a más gente con los mismos recursos.

Esta opción sería como descentralizada e impulsada y regulada de alguna forma por la Administración para evitar la dispersión y concurrencia de recursos.

Para terminar, es importante recalcar que el papel de la Administración no es tanto el de financiar el proceso como el de coordinar a los distintos agentes intervinientes,

incentivando a los que desempeñan un papel definido y complementario en la red de atención. En este sentido es muy necesario perfilar con más claridad el papel de las organizaciones de voluntariado, grupos de apoyo, familiares, y profesionales que confluyen de forma más o menos regular en la atención del anciano a través del trabajo conjunto en la comunidad, regulando los conflictos surgidos de su interacción. Es necesario, para desarrollar este trabajo en común, diseñar programas formativos con elementos comunes a todos ellos, para que puedan interactuar y trabajar manejando los mismos conceptos.

Por último, parece importante plantear programas formativos para los cuadros locales de los distintos partidos políticos en materia de servicios sociales, al objeto de darles instrumentos e incentivos para realizar una mínima tarea de liderazgo en la formulación de políticas sociales a escala local en el medio rural. Esto podría suplir de alguna forma su aparente falta de interés y desinformación sobre el tema.

4.6. CONSIDERACIONES FINALES.

A modo de conclusión de este capítulo, quisiéramos hacer las siguientes consideraciones:

a) Que la ayuda a domicilio, permanente o temporal, los servicios técnicos de la Administración y los soportes complementarios de las ONG, pueden ser medios de extraordinario valor para consolidar el papel de las/los cuidadores/as. La normalización solicitada por el mayor a la hora de buscar una respuesta a las situaciones de dependencia ha de exigirse también para los cuidadores/as informales. Ser cuidador o cuidadora no tiene por qué conllevar una renuncia a una vida social normal, a disponer de un tiempo libre necesario, a disfrutar de la vida privada o a tener vacaciones. Estos derechos deben hacerse compatibles con el cuidado y la atención de las personas mayores dependientes.

b) Que haya una relación muy directa entre ayuda formal e informal. La extensión de la ayuda informal actúa como un estímulo y orientación para la respuesta informal; por otro lado, tanto la ayuda formal como la informal no pueden plantear la atención a los mayores de forma independiente y paralela. La Administración debe conocer el papel de la ayuda informal con el fin de coordinar, apoyar y dinamizar este recurso. Por otro lado, debe poner

a disposiciones de las familias todos los recursos, culturales, técnicos, jurídicos e incluso económicos para hacer más eficiente y llevadera esta ayuda. Finalmente, los órganos de la Administración tienen que plantearse una acción divulgadora de todos los servicios sociales para que el medio rural tenga un conocimiento adecuado y preciso de los mismos y pueda acceder a ellos en igualdad de condiciones que en el medio urbano.

c) Que es importante resaltar el papel de las ONGs, como responsables de la realización de programas complementarios, tanto de la ayuda informal como de la institucional. Por otro lado, estas organizaciones tienen ante sí la difícil tarea de promover y restaurar un tejido social que se ha ido deteriorando poco a poco. Pero es importante que estos grupos no entren en conflicto con la acción espontánea de los vecinos, que por el hecho de no estar sometidos a una organización estructurada, como la de las ONG, no por ello dejan de cumplir una función importante. Así, pues, habría que mantener el criterio de que los esfuerzos realizados por unos y otros, Administración, familia, ONG y vecinos, no deben restar, sino sumar, en pro de una respuesta adecuada y eficaz.

d) Que los hogares y centros de día que se pongan en funcionamiento en el mundo rural tienen que tener como características específicas para suplir, dinamizar y restaurar el tejido social y no destruirlo. En este sentido no parece muy operativo que en los pueblos rurales pequeños se creen hogares o clubes que compitan con el único centro social, generalmente el bar del pueblo; de considerarse necesario el establecimiento de centros para las personas mayores rurales, debería hacerse con un criterio de polivalencia, restaurando y rehabilitando algunos edificios históricos de la localidad y orientando la finalidad de estos centros para ofrecer una amplia gama de servicios sociales, que podrían incluir incluso los residenciales. Los destinatarios podrían ser la población mayor en general y los solitarios con dependencia suave y moderada; estos centros podrían ser utilizados también como medios de apoyo y para familias que tienen a su cargo mayores dependientes.

Por todo ello, entendemos que las Administraciones públicas deben tomar buena cuenta de los problemas y de sus soluciones con el fin de ajustar lo deseable y lo posible en políticas concretas que ayuden a mejorar las situaciones de hecho.

No quisiera terminar este apartado sin citar la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (Ley 39/2006 de 14 de Diciembre; BOE nº 299, 15 de diciembre de 2006) que configura el Sistema de Autonomía y

Atención a la Dependencia (SAAD) y que forma parte del cuarto pilar del Estado de Bienestar. Tras el Sistema nacional de Salud, el Sistema educativo y el Sistema de pensiones. Todo ello se fundamenta en la prevención y en el tratamiento de la Dependencia que repercute, no sólo en las personas mayores y en sus familiares, sino también en el ámbito socio-sanitario y en la sociedad en general. Por ello consideramos que su aparición no ha podido ser más oportuna en nuestro país, para romper la cultura de la dependencia reinante e instaurar la de la autonomía.

CAPÍTULO 5 :

CONOCER PARA INTERVENIR. INTERVENIR PARA MEJORAR. LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES.

INTRODUCCIÓN.

En este capítulo se va a tratar sobre “los componentes sociales del buen envejecer (salud, el buen funcionamiento cognitivo, las buenas relaciones sociales y la satisfacción con la vida)...”(Fernández Ballesteros, 2009: 84.85).

Lo que se pretende con los tres epígrafes de los que consta este bloque temático es “conocer para prevenir” la dependencia. Para ello nos basamos en la perspectiva del modelo bio-psico-social que es el enfoque en el que se fundamenta esta tesis.

Desde esta óptica se va a exponer, sin demasiada extensión, algunos aspectos relevantes para conocer la dependencia, favorecer la autonomía y consecuentemente prevenirla, ya que tanto perjudica al normal desarrollo de las personas, sobre todo a partir de los 65 años.

Además, esta situación afecta no sólo a las personas mayores, sino a sus familiares, a las personas cuidadoras más cercanos y a la sociedad en general.

Siguiendo la secuencia del modelo antes citado trataremos en el apartado 5.1 el envejecimiento saludable; en el 5.2 el aprendizaje y la estimulación cognitiva y en el 5.3 la participación, contribución y la innovación social.

Todo ello se planteará desde la perspectiva del envejecimiento activo y competente como propuesta innovadora, frente al tradicional concepto de envejecimiento deficitario.

Completa este capítulo (véase anexo III) las específicas propuestas o recomendaciones que para cada uno de estos tres aspectos (5.1; 5.2; 5.3) se proponen desde la óptica del Libro Blanco del Envejecimiento Activo (LBEA) publicado por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (2010).

Basarnos en estas propuestas, pues, parece obvio, ya que la provincia de Sevilla pertenece a esta comunidad autónoma y retomar sus recomendaciones parece oportuno para mejorar la autonomía de las personas mayores de esta provincia.

5.1 ENVEJECER SALUDABLEMENTE

En este apartado nos centraremos fundamentalmente en la prevención de la situación de dependencia desde la perspectiva de la salud. Esto supone tomar en consideración los siguientes elementos:

- A) Prevenir las enfermedades o los problemas de salud potencialmente causantes de fragilidad, deterioro funcional o discapacidad.
- B) Prevenir que, una vez adquiridas, esas enfermedades no evolucionen hacia la discapacidad.
- C) Evitar que las personas con discapacidad entren en riesgo de dependencia.
- D) Y, finalmente, detectar precozmente ese riesgo y reducirlo.

Los factores que precipitan a una persona con discapacidad o en situación de fragilidad hasta una situación de dependencia son fundamentalmente:

- 1.- La severidad de la causa del deterioro funcional o de la discapacidad, que determina el grado de recuperación posible de la funcionalidad perdida.
- 2.- La rapidez y la calidad del diagnóstico y tratamiento de la causa que puede ser determinante de la pérdida de función.
- 3.- La rapidez y la calidad del tratamiento rehabilitador, que es decisiva sobre la recuperación de la función perdida, sobre todo en las enfermedades que afectan a la motricidad y el lenguaje.

4.- La rapidez y calidad de la incorporación a actividades sociales que resulta determinante en la recuperación en la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente por su efecto sobre la limitación funcional.

5.- La rapidez y la calidad del plan de cuidados que se establezca.

6.- El apoyo psicológico a la persona en riesgo de dependencia y a quienes le cuidan.

7.- Por último, el soporte social a la persona en riesgo de dependencia y a quienes le cuidan.

Al referirnos a la prevención se ha de tener en cuenta que existen dos tipos de prevención: primaria y secundaria.

A.- PREVENCIÓN PRIMARIA.

Desde la prevención primaria habría que manifestar que entre las acciones más recomendadas para prevenir la aparición de problemas de salud que puedan llevar a situación de dependencia se encuentran :

A.1. Las inmunizaciones:

Dentro de la población adulta existe un porcentaje significativo de morbimortalidad producida por enfermedades que son evitables mediante la administración de vacunas, la mayor parte debida a la infección gripal y sus complicaciones y a las infecciones por los virus de la hepatitis A y B.

Por otra parte, las personas adultas son susceptibles de enfermedades frente a las que se les supone protegidas, debido a que en su momento no recibieron alguna de las vacunas infantiles o por la desaparición, con el paso del tiempo, de la inmunidad adquirida.

En Andalucía, dentro del SSPA esta evidencia disponible ha permitido incluir la vacunación de manera específica en personas mayores, dentro del examen de salud para mayores de 65 años, puesto en marcha desde el año 2008, promoviéndose desde este programa la vacunación antigripal, neumocócica y de difteria/ tétanos.

A.2. La prevención de accidente.

Los accidentes son la segunda causa en importancia en el acortamiento de los años potenciales de vida en los países europeos. Las personas mayores están probablemente más expuestas a las lesiones que las más jóvenes, debido a la cronificación de enfermedades y a la reducción de la visión, el movimiento y el equilibrio propios del envejecimiento.

Los estudios realizados en este sentido indican que el número total de accidentes entre personas mayores de 65 años es proporcionalmente menor que entre el resto de la población. ocurren con mayor frecuencia en el domicilio que en el exterior debido a la ausencia de actividad laboral y al mayor tiempo de permanencia en el hogar. Así, las actividades más involucradas en los accidentes en mayores son las domésticas y las derivadas de dar respuesta a las necesidades básicas de la vida diaria, como el aseo o los desplazamientos dentro del hogar.

Desde el ámbito de la salud y los servicios sanitarios, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía elaboró en el años 2007 el Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad.

A.3. La prevención de caídas.

La Organización Mundial de la Salud define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Las caídas en las personas mayores suponen un problema de salud escasamente valorado para la magnitud que en sí mismo poseen, tanto por su frecuencia como por sus consecuencias inmediatas y a largo plazo. Las caídas son una de las principales causas de lesiones, incapacidad y muertes. En sí mismas constituyen un marcador de fragilidad.

Habitualmente las caídas tienen un origen multifactorial. Cuantos más factores confluyan, mayor será el riesgo de caídas. La corrección de estos factores, aunque sea parcial, disminuirá el número de caídas.

Los factores de riesgo de las caídas se clasifican en:

a.- Factores intrínsecos, relacionados con la persona .Factores que vienen determinados por los cambios fisiológicos relacionados con la edad, sexo, patologías agudas o crónicas y el consumo de fármacos.

b.- Factores extrínsecos que son fácilmente modificables. Entre ellos merecen especial atención: el tipo de calzado, el mobiliario, la iluminación, el cuarto de baño, las circunstancias meteorológicas, las zonas de obras, las barreras arquitectónicas, los transportes públicos....

A.4. Mantenimiento de la movilidad.

Con el paso de los años se aprecia una disminución de la movilidad articular y un aumento de la rigidez de cartílagos, tendones y ligamentos, lo que induce una mayor susceptibilidad para padecer lesiones musculares por sobrecarga.

A nivel psicomotriz se produce una reducción del repertorio motriz, enlentecimiento de los reflejos, descenso del tono motriz y modificaciones en la marcha tales como pasos más lentos, cortos y planos y pérdida del balanceo de manos.

Todos estos cambios condicionan un progresivo debilitamiento muscular, con la consiguiente afectación de la movilidad y un mayor riesgo de caídas y traumatismo.

Además estos cambios funcionales de origen fisiológico se ven agravados por un diseño urbanístico y de los medios de transporte que no está pensado para personas con déficit de movilidad, proyectados por una sociedad acostumbrada a no pensar mucho en las personas mayores y en sus déficit funcionales.

La actividad física realizada regularmente ayuda a prevenir la pérdida excesiva de masa muscular, de fuerza muscular y de densidad mineral ósea. Además mejora la flexibilidad, la velocidad de la marcha y el equilibrio, evitando las caídas y las consecuencias económicas y sociales de éstas.

A.5. Prevención del cáncer.

El cáncer es, según el informe “Las personas mayores en España”(2008), la segunda causa de mortalidad para la población general y para las personas de edad. Estos datos coinciden con los del Instituto de Estadística de Andalucía, según el cual la primera causa de mortalidad para las mujeres y hombres mayores de 75 años son las enfermedades circulatorias, seguida del cáncer y las enfermedades respiratorias.

La diferenciación de los datos por sexos muestra que los cánceres con mayor incidencia en la población española son: los siguientes, según se expone en el cuadro Nº 2.

CUADRO Nº 2 DIFERENCIA DEL CÁNCER POR SEXOS

MUJERES	HOMBRES
Mama	Pulmón
Colon y recto	Próstata
Cuerpo útero(endometrio)	Colon recto
Ovario	Vejiga urinaria
Estómago	Estómago

Fuente: LBEA. Junta de Andalucía

La prevención primaria del cáncer implica conocer y actuar sobre los factores de riesgo potencialmente modificables.

Algunos de los más importantes son:

CUADRO Nº 3 FACTORES DE RIESGOS

1	Tabaco.
2	Alcohol.
3	Dieta.
4	Exposición solar.
5	Radiaciones ionizantes.
6	Carcinógenos ocupacionales.
7	Contaminación atmosférica.
8	Agentes infecciosos.
9	Diversos aspectos de la vida sexual y reproductiva.
10	Herencia
11	Nivel socioeconómico

Fuente: LBEA. Junta de Andalucía

Basándose en la evidencia científica el Código Europeo Contra el Cáncer establece las siguientes recomendaciones en relación a los estilos de vida:

CUADRO Nº 4 ESTILOS DE VIDA

1	No fumar; si se fuma, dejarlo lo antes posible. Si no se puede, nunca fumar en presencia de personas no fumadoras.
2	Evitar la obesidad.
3	Realizar alguna actividad física de intensidad moderada todos los días.
4	Aumentar el consumo de frutas, verduras y hortalizas variadas: comer al menos 5 raciones al día.
5	Limitar el consumo de alimentos que contienen grasas de origen animal.
6	Si se bebe alcohol, ya sea vino, cerveza o bebidas de alta graduación, moderar el consumo a un máximo de dos consumiciones o unidades diarias si es varón, o a una si es mujer.
7	Evitar la exposición excesiva al sol. Es especialmente importante proteger a la población infantil y adolescente. Las personas que tienen tendencia a presentar quemaduras deben protegerse del sol durante toda la vida.
8	Aplicar estrictamente la legislación destinada a prevenir cualquier exposición a sustancias que pueden producir cáncer. Cumpla todos los consejos de salud y de seguridad sobre el uso de estas sustancias. Aplicar las normas de protección radiológica.

Fuente: LBEA. Junta de Andalucía

Actualmente se dispone de pruebas científicas sobre la eficacia del cribado de cáncer de mama, cérvix y colo rectal, así como recomendaciones para otros cánceres de alta prevalencia. Las recomendaciones que se establecen con respecto a los cánceres más frecuentes señalados anteriormente son las siguientes:

A.6. Prevención de la obesidad.

La obesidad se ha asociado a mayor riesgo de mortalidad total, de enfermedad cardiovascular, diabetes o hipertensión arterial. La relación entre obesidad y mortalidad es menor en mujeres mayores y sujetos con buena forma física.

Según el estudio epidemiológico EUROSTAT, España tiene entre los países europeos la tasa de obesidad más alta para las mujeres (13%) (junto con Finlandia) y para los hombres (13'9%), así como crecimiento rápido de esta tasa: en un periodo de cuatro años la obesidad creció un 10% para las mujeres y un 8'5% para los hombres. Según datos de la última Encuesta Nacional de Salud(2006), la prevalencia media de obesidad es del 15'25% en población adulta y el sobrepeso alcanza al 37'43% de la población. Se hace hincapié en que si no se controla esta tendencia, pueden erosionarse severamente los logros de la longevidad saludable.

A.7. Prevención de la desnutrición.

La malnutrición en las personas mayores es un problema de salud prevalente, que puede llegar del 3-15% entre quienes viven en sus domicilios estando relacionado con multitud de factores fisiológicos (cambios corporales, problemas odontológicos, déficit sensoriales, enfermedades consuntivas, medicamentos), psicológicos (déficit cognitivo, problemas afectivos) económicos y socioculturales (aislamiento social, hábitos y costumbres, monotonía en la dieta, falta de información sobre nutrición).

Las repercusiones del estado de desnutrición se extienden a la pérdida de funcionalidad e incapacidad, a importantes déficit orgánicos como el del sistema inmunitario y al riesgo de mortalidad.

Por otra parte, se ha de considerar adicionalmente la importante relación entre el estado nutricional y cognitivo. Un grupo especial serían las personas con demencia, en quienes se asocian la pérdida progresiva de la capacidad para alimentarse por sí mismas y para elegir una dieta adecuada, las alteraciones de conducta negativa hacia la ingesta y la propia enfermedad, lo que produce una pérdida de peso desproporcionada respecto a la

ingesta. En demencia tipo Alzheimer leve-moderada en domicilios se encuentra que pierden un 5% o más de su peso corporal en un año, y un 13% pierden más del 10%.

Debido a la frecuencia de la polifarmacia en las personas mayores, es importante considerar la repercusión de determinados grupos de fármacos sobre el estado nutricional

B. PREVENCIÓN SECUNDARIA.

Desde la prevención secundaria se considera que es muy importante intervenir lo más precozmente posible sobre aquellas alteraciones de la salud que pudieran llevar a provocar una situación de dependencia.

Basado en ese planteamiento a lo largo de este epígrafe se desarrollarán los siguientes contenidos:

- B.1. Cribados recomendados.
- B.2. Control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).
- B.3. Atención a los problemas osteoarticulares.
- B.4. Detección precoz de la fragilidad.
- B.5. Polifarmacia.

B.1. Cribados recomendados.

El objetivo principal de la realización de cribados recomendados en las personas mayores es la detección precoz de problemas de salud específicos, situaciones de riesgo para la salud específicos, situaciones de riesgo para la salud, situaciones de dependencia y en definitiva de pérdida de su calidad de vida.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía ha venido desarrollando diferentes políticas de prevención en la población adulta, que han contribuido a mejorar su estado de salud, evitar el deterioro y reducir las situaciones de fragilidad y dependencia. Entre las medidas que han demostrado su beneficio se encuentran: la educación sanitaria, las inmunizaciones, los cribados de neoplasias y el control de los factores de riesgo cardiovasculares. En este mismo sentido, se han incorporado, para su oferta desde los centros de salud de Atención Primaria, programas de atención específicos a personas

mayores de 65 años para la detección precoz de los problemas de salud (y necesidades de cuidados) más prevalentes en esta población.

Los cribados recomendados en el “Examen de salud para mayores de 65 años del SSPA” se recogen en la siguiente cuadro.

CUADRO Nº 5 EXAMEN DE SALUD PARA MAYORES DE 65 AÑOS DEL SSPA

INTERVENCIÓN	EVIDENCIA	PERIODICIDAD MÍNIMA
Medición de la Tensión Arterial.	A	Personas sanas/asintomáticas cada 2 años.
Detección de la Depresión.	B	Cada 2 años.
Detección del Consumo Excesivo de Alcohol.	B	Cada 2 años.
Detección de la Incontinencia.	B	Valoración Inicial a los 74 años.
Riesgo de Caídas.	A/B	Cada 2 años.
Agudeza Visual.	B	Cada 2 años.
Detección de la Hipoacusia.	B	Cada 2 años.
Analítica bioquímica: Detección de Hipercolesterolemia.	A	Cada 5 años si es normal.

Fuente: LBEA. Junta de Andalucía

B.2. Control de los factores de riesgo cardiovascular.

Dentro de la enfermedad cardiovascular se pueden producir episodios de extrema gravedad, como son el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular (ataque cerebral).

En España las enfermedades del apartado cardiocirculatorio representan la primera causa de muerte, constituyen la tercera causa de años potenciales de vida perdidos y la primera causa de ingresos hospitalarios. Es la primera causa de muerte en las mujeres mayores.

Las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares en Andalucía desde 1975 al 2010 han tenido un importante descenso tanto en las mujeres como en los hombres.

Por último, conviene tener en cuenta los factores de riesgo. Se denomina factores de riesgo a aquellas circunstancias que en caso de aparecer aumentan las posibilidades de padecer este grupo de enfermedades. Entre otros, los principales son los siguientes: tabaco, presión arterial elevada, cifras elevadas de colesterol, diabetes, obesidad y sedentarismo.

B.3. Atención a los problemas osteoarticulares

Las enfermedades osteoarticulares tienen una importante prevalencia entre las personas mayores y son motivos frecuentes de incapacidad, dependencia, demanda de asistencia y carga familiar, constituyéndose como principal causa de dolor entre personas mayores y como principal motivo para restringir actividades diarias. La enfermedad osteoarticular más prevalente en personas mayores es la osteoartrosis de predominio axial (cervical, lumbar) seguida de la gonartrosis y la coxartrosis. Otras enfermedades como las reumáticas (fibromialgia, gota, poliartropatías, etc.) también presentan elevadas prevalencias en mayores. Además hay que tener una especial consideración con la osteoporosis por sus importantes consecuencias.

La enfermedad osteoarticular tiene una repercusión muy significativa sobre las mujeres mayores, tanto en relación a su prevalencia (la osteoartritis de rodilla, la de cadera, así como la artritis reumatoidea, es más frecuente en mujeres), como a los problemas que acarrea, tanto en la vertiente funcional (condiciona la realización de actividades de la vida diaria), afectiva (la autoimagen se ve alterada por la incapacidad para cumplir su rol) y el dolor que genera.

El ejercicio en la osteoartrosis mejora el dolor y la función de la articulación afectada tanto en la rodilla, como en la cadera, mejorando también los calambres y el entumecimiento posiblemente por una mayor amplitud de movimiento de la articulación y mayor fuerza, resistencia y coordinación de la musculatura encargada de movilizarla. Otra ventaja en estas patologías es la analgesia inducida por el ejercicio.

B.4. Detección precoz de la fragilidad.

La 1ª Conferencia sobre la Prevención y la Promoción de la Salud en la práctica clínica en España establece que se produce un continuum entre lo normal y lo patológico que, si bien permite establecer puntos de corte claros de anormalidad cuando sus consecuencias son muy evidentes, también permite detectar los casos más incipientes, que es en los que más éxito tienen las intervenciones para revertir o modificar la situación de deterioro.

Fragilidad y discapacidad son dos entidades claramente relacionadas, si bien no son términos intercambiables, dado que algunas personas con discapacidad pueden no ser frágiles y, la detección de la fragilidad física suele ser previa a la aparición de la discapacidad y susceptible de intervención.

Conceptualmente se pueden distinguir dos condiciones diferentes en torno a la fragilidad: fragilidad manifiesta y fragilidad incipiente o sutil.

a).- Fragilidad manifiesta: Hace referencia a las personas con deterioro establecido e importante en las que se deduce por su situación una mayor probabilidad de empeoramiento y riesgo. Tienen diferentes grados de deterioro para realizar de forma independiente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y suelen ser subsidiarias de una atención sanitaria específica y continuada.

b).- Fragilidad incipiente o sutil: Se refiere a la persona que presenta grados menos avanzados de deterioro. La mayoría son independientes para realizar las ABVD, pero es frecuente que algunas de sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) estén alteradas (relaciones sociales, desplazamientos en la comunidad, responsabilidad en la toma de su mediación, contabilidad doméstica, uso del teléfono o ciertos aparatos domésticos, etc.), y a veces este deterioro es sutil. Diversos estudios demuestran la eficacia en las intervenciones sobre las personas con deterioros funcionales leves-moderados frente a quienes tienen una alteración importante.

Criterios de fragilidad:

En los últimos años, el concepto de fragilidad en las personas mayores se ha definido utilizando distintos criterios como se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO Nº 6 CRITERIOS DE FRAGILIDAD

1.- Criterios clínicos:
<ul style="list-style-type: none"> -Pluripatología, -Polimedicación, -Hospitalizaciones frecuentes, -Caídas de repetición, -Déficit sensorial, -Incontinencia urinaria.
2.- Criterios funcionales:
-Dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
3.- Criterios socioeconómicos:
<ul style="list-style-type: none"> -Vivir solo o sola, -Viudez reciente, -Institucionalización, -Edad mayor de 80 años, -Bajos ingresos económicos.
4.- Criterios cognoscitivos/afectivos:
<ul style="list-style-type: none"> -Depresión, -Deterioro cognitivo.

Fuente: LBEA. Junta de Andalucía

El SSPA, en su documento “Examen de salud para mayores de 65 años”, establece la fragilidad según el concepto y los criterios expuestos.

Por otra parte hay que tener presente que la fragilidad no se presenta de igual forma en mujeres y hombres a medida que envejecen, en base a los siguientes indicadores:

- a) Existen más mujeres que viven solas (26% mujeres frente al 11% varones).
- b) El nivel de instrucción es menor en las mujeres mayores.
- c) Los ingresos económicos son significativamente inferiores en base a la dependencia de pensiones mayoritariamente no contributivas(pensiones de viudedad)(pensión media de mujeres 515 frente a 1.190 en varones).
- d) Existen mujeres mayores en el medio rural con dedicación previa a actividades especialmente duras (trabajo del campo y economía sumergida) y actual aislamiento y desprotección.
- e) Tienen menor cultura de participación social de las mujeres a todos los niveles.
- f) Se constata peor percepción de la salud y la calidad de vida en las mujeres mayores.
- g) Se comprueba mayor consumo de medicamentos.

B.5. Polifarmacia.

La aparición de nuevos tratamientos plantea la necesidad creciente de establecer sistemas para prevenir los efectos adversos de los medicamentos y de informar a los colectivos sanitarios y a la población, especialmente a las personas mayores, sobre los riesgos y ventajas de las nuevas terapias.

El aumento de la esperanza de vida y la realización de actividades preventivas y terapéuticas en el ámbito sanitario cada vez más exhaustivas, son factores que determinan el uso frecuente de fármacos en edades avanzadas. Según la Encuesta Nacional de Sanidad 2006, en el grupo de edad de 75 años y más, un 93'4% de las personas se han medicado en las últimas dos semanas, siendo este porcentaje aún mayor en el grupo de mujeres.

La polimedicación es común en mayores, alrededor de un 20% de los mayores de 70 años reciben 5 o más fármacos diariamente. A pesar de estos datos de consumo de medicamentos, son escasos los ensayos clínicos que incluyen a las personas de edad avanzada con comorbilidad importante y uso simultáneo de varios fármacos.

5.2 APRENDIZAJE Y ESTIMULACIÓN COGNITIVA

En este epígrafe nos centramos en la estimulación cognitiva a través del aprendizaje a lo largo de la vida, como medio para optimizar la continuidad de un desarrollo adecuado.

Para conseguir lo anterior se va a justificar el aprendizaje a lo largo de la vida como una oportunidad que tienen las personas mayores, que disponen de tiempo para esta actividad y que, cada vez van siendo más conscientes de los beneficios que el aprendizaje aporta a su vida personal y a la satisfacción vital.

Además habría que decir que, a través del aprendizaje las personas mayores minimizan las pérdidas cognitivas, al mismo tiempo que maximizar ganancias mediante estimulación o por un cambio en las condiciones ambientales. Ello es debido a que poseen todavía plasticidad, (Calero 2004).

5.2.1. Aproximación a la educación permanente

De una manera amplia se entiende por formación permanente la capacidad de aprendizaje que tienen las personas de todas las edades del ciclo vital y consecuentemente la aplicación de programas educativos a lo largo de toda la vida (Velázquez 2010).

Desde esta perspectiva al Consejo Europeo (Lisboa, marzo 2000), estableció la necesidad de la educación a lo largo de toda la vida, como un derecho y una de las claves del siglo XXI, siendo necesario que las instituciones sociales, políticas, financiera, sanitarias y educativas, acomodasen sus objetivos y planteamientos a la sociedad en la que están inmersas.

De una manera concreta, el aprendizaje permanente, ya sea de carácter formal o no formal, se puede definir como toda actividad útil, realizada de manera continua que tiene por objeto mejorar los conocimientos, las cualificaciones y las capacidades. Se entiende por aprendizajes formales aquellos que conducen a la obtención de un título, y por no formales

los que sin conllevar titulación permiten adquirir competencias necesarias para el ejercicio de la ciudadanía activa.

Además, en las conclusiones del citado Consejo Europeo se hace mención especial a la necesidad de establecer estrategias y medidas claras y coherentes, que fomenten el aprendizaje permanente para toda la ciudadanía. Aprendizaje que debe garantizar la igualdad de oportunidades, para que las personas puedan adaptarse a las diferentes transformaciones sociales, económicas, laborales y culturales y participen de forma activa en el diseño de un futuro común.

Lo expuesto anteriormente viene a afirmar que, para adaptarnos con éxito a los continuos cambios que se producen en la sociedad del siglo XXI, las personas debemos poder adquirir, ampliar o renovar nuestros conocimientos, actitudes y capacidades cada vez en períodos más cortos de tiempo. En este proceso de adaptación el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación es imprescindible para evitar la exclusión social por falta de acceso a recursos y conocimientos esenciales para la vida.

Por tanto se requieren nuevos enfoques, en los que el aprendizaje a lo largo de la vida será una pieza clave, superando la idea de que la formación sólo puede obtenerse en una etapa concreta de la vida, la de estudiante y en unas edades determinadas, la niñez-juventud y la adultez.

Es ya conocido que, en la actualidad, hay en el mundo más personas de edad por habitante que nunca, y la proporción sigue en aumento. Estas personas de edad pueden contribuir mucho al desarrollo de la sociedad. Por tanto, es importante que tengan la posibilidad de aprender en igualdad de condiciones y de manera apropiada. Por ello sus capacidades y competencias deben ser reconocidas, valoradas y utilizadas.

Debido a los avances médicos las personas mayores son hoy, no sólo un sector social cada vez más numeroso, sino también un colectivo en el que la incapacidad y la dependencia se ven relegadas a edades cada vez más avanzadas. De esta manera, las personas podemos esperar pasar la última etapa de la vida fuera de las obligaciones del trabajo remunerado con los beneficios que el tiempo libre conlleva, y con todas las condiciones para poder implicarnos en actividades y disfrutar de nuevos retos. Por ello, no

es extraño que cada vez sean más las personas interesadas en continuar aprendiendo (Espinosa, 2010). El planteamiento anterior nos lleva a considerar que el reconocimiento del derecho a la educación y el derecho a aprender durante toda la vida, es hoy en día más que nunca una necesidad; de esta forma la sociedad moderna otorga particular importancia al concepto de educación permanente o continua, que establece que el proceso educativo no se limita a la niñez y juventud, sino que el ser humano debe adquirir conocimientos a lo largo de toda la vida, porque aprender no tiene edad.

El derecho a la educación en España está garantizado por la Constitución de 1978, en el art. 27 donde se reconoce el derecho a todos a la educación; artículo desarrollado con posterioridad por la Ley Orgánica de 1985, reguladora del derecho a la educación.

Por último el art. 21 del nuevo Estatuto de Autonomía para Andalucía, referido a la Educación, reconoce el derecho de la educación compensatoria, manifestando en su punto 1: “Se garantiza, mediante un sistema educativo público, el derecho constitucional de todos a la educación”.

Para Andalucía el envejecimiento activo imbuirá de forma transversal, como nueva política social prioritaria, el diseño de numerosos programas y servicios públicos y privados. Estos aspectos se aprecian como necesarios en un contexto de cambio y envejecimiento creciente de la población, decrecimiento de las tasas de natalidad, y prolongación de la vida; como una dilatación exponencial de la etapa adulta y un importante componente de feminización. Esto supondrá la emergencia de numerosas demandas, muchas de ellas insólitas hasta la fecha. Por una parte será objeto de políticas preventivas que aminoren los casos y grados de dependencia, física, psicológica y emocional, y por otra de programas de optimización que posibiliten un desarrollo pleno de las personas mayores en la última etapa del ciclo vital, LIBEA (2010).

Parafraseando a Lehr 2008, podemos concluir afirmando que, la educación a lo largo de la vida, está orientada hacia el envejecimiento activo, como producto de un proceso de adaptación que acontece a lo largo de la vida, a través del cual se logra un buen desarrollo físico, incluyendo la salud, un óptimo desarrollo psicológico a través de un buen funcionamiento cognitivo y autorregulación emocional, y un buen desarrollo socioambiental. En resumen, el buen funcionamiento de estos tres elementos, lo físico, lo psicológico y lo

socioambiental, constituyen la base de vivir con calidad de vida, objetivo final del envejecimiento activo.

5.2.2 Justificación de la educación a lo largo de la vida.

El aprendizaje es un proceso que posibilita la adquisición de conocimientos e información para una vida satisfactoria, activa y de calidad a lo largo del ciclo vital. Además de la información y de los conocimientos necesarios para realizar las tareas concretas sirve para adaptarnos con eficacia a nuestro medio, (Stadelhofer , 2002)

Desde esta perspectiva es obvio que necesitamos aprender a lo largo del ciclo vital. De esta manera de justificaría la formación permanente de las personas mayores, ya que el aprendizaje constituye uno de los principales vehículos de la adaptación y un poderoso impulso del desarrollo personal y del progreso sociocultural.

Por otra parte, habría que añadir, que las personas mayores hacen más a menudo lo que se espera de ellas que lo contrario. Así, la importancia de nuestras expectativas en el grado de actividad y competencia de este colectivo es notoria. De esta manera, si esperamos incompetencia ésta se producirá y si esperamos competencia y aprendizaje aseguramos su probabilidad de aparición. Todo ello, a pesar de que existe una actitud social negativa en relación al aprendizaje en la última etapa del ciclo vital, pero los estudios confirman que la adquisición y asimilación de conocimientos y comportamientos o hábitos se pueden conseguir en cualquier edad, Fernández Ballesteros (2004).

De todo lo expuesto anteriormente se deduce, por tanto, que no será difícil la justificación de la educación a lo largo de toda la vida, teniendo como fundamento:

- a) El creciente envejecimiento de la población;
- b) El aislamiento sociocultural y humano;
- c) Los favorecedores cambios políticos-legislativos.
- d) La nueva filosofía sobre la educación en el último tramo del ciclo vital;
- e) Las razones estrictamente educativas.

a) El creciente envejecimiento de la población.

Cuando se trata sobre el envejecimiento de la población es ya casi un tópico de la mayoría de quienes escriben sobre el tema, sean de la especialidad que sean, acudir a la estadística como único recurso para analizar el tema. No es que esto no sea correcto, pero, desde nuestro punto de vista, se abusa muchas veces de las estadísticas, donde los excesivos datos pueden, a veces, ocultar la información. Por ello se ha estimado conveniente aquí, aunque sea someramente, combinar el análisis cualitativo con el cuantitativo o estadístico.

Tan llamativo está llegando a ser el envejecimiento de la población que se constata como uno de los fenómenos más significativos de las sociedades desarrolladas.. Ello es debido a los avances de la medicina; la generalización de los hábitos alimenticios más sanos; la mayor higiene, la frecuente práctica de ejercicios físicos, la estimulación cognitiva y actividades sociales, la mejora en suma de la calidad de vida de la ciudadanía. Pero este desarrollo no es igual para todos los países. Así, mientras en España existe en la actualidad 7.633.807 personas mayores de 65 años y en Andalucía 1.250.000 con una elevada esperanza de vida, en las zonas más deprimidas de la tierra apenas pasa de los 50 años la esperanza de vida, frente a zonas más ricas, que se aproximan a los 90 e incluso se sobrepasan, pues cada vez hay más personas centenarias. El desarrollo demográfico alcanzado, pues, junto con los cambios producidos, han generado una profunda transformación social. Baste citar como indicadores la incorporación de la mujer al mundo del trabajo y al conjunto de la vida social, la renovación de la vida familiar y otros cambios positivos, que han servido para el desarrollo de la sociedad, pero ello ha generado otros aspectos negativos como el aislamiento, la soledad, la marginación y en el peor de los casos, incluso el maltrato de las personas mayores, según el Informe 2008 “Las personas mayores en España”.

b) El aislamiento humano y sociocultural.

Las personas mayores, apartadas de la vida productiva a través de la jubilación, de un medio social específico de las relaciones que propicia el mundo del trabajo y de la participación social en general; alejadas, también, del ámbito social de convivencia y de los hijos e hijas, se encuentran, a veces, perdidas e inseguras como sujetos pasivos de una

sociedad que tiene otros valores instalados en los que este sector de población no tiene cabida, llegando a ser hasta ignorados.

Estas circunstancias requieren una profunda reflexión, que no queda satisfecha al circunscribirla sólo a lo económico, las pensiones, sino que hay que hacerlo extensivo, también, a los servicios, objeto de este capítulo: la formación y la educación como medio de desarrollo personal y de integración social. Es decir, que la problemática que afecta a las personas mayores actualmente hay que concebirla en un contexto social y humano más que en un exclusivo ámbito económico o asistencial. Desde esta amplia perspectiva se valora positivamente el legado cultural y el potencial educativo del que son portadores estas personas y la utilidad que su experiencia y saber hacer tiene para la sociedad actual, lo cual requiere evaluar la provisión de recursos y medios para la integración, intercambio y transmisión de tales conocimientos y valores, ya sea a través de la alfabetización digital, la provisión de espacios de encuentros intergeneracionales, la diversificación del carácter de los foros existentes, etc..LIBEA (2010).

c) Los cambios políticos-legislativos.

Los cambios en las políticas en los diferentes países del mundo desarrollado y la renovación en la legislación están marcando un rumbo favorable en las actitudes de la sociedad hacia las personas mayores, así como la creación de una solidaridad intergeneracional y al mismo tiempo que sigue el crecimiento demográfico se está protegiendo la calidad de vida. Estos aspectos favorables están siendo defendidos por numerosos organismos nacionales e internacionales que están insistiendo repetidamente sobre la necesidad de una atención especializada que contemple las peculiaridades demandas de las personas mayores. Desde este análisis habría que destacar las frecuentes publicaciones y recomendaciones de la O.M.S., de la O.I.T., de la Asamblea Mundial de Envejecimiento (1982 y 2002), de la U.E., la UNESCO, ONU... A nivel nacional el Plan Gerontológico 1992 y el Plan de Acción para las Personas Mayores 2005-2007, las recomendaciones del IMSERSO, las ONGs, e instituciones públicas y privadas. A nivel regional andaluz, habría que mencionar la Ley de Servicios Sociales de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, la ley de Atención y Protección a las personas mayores...

Todo lo expuesto anteriormente justifica el fuerte despliegue legislativo que a nivel de las instituciones internacionales, nacionales, autonómicas, locales y de las propuestas de la sociedad civil se producen en torno a las personas mayores, como un indicador de su significatividad y reconocimiento en todo el mundo, Martínez (2001).

d) La nueva filosofía de la educación a lo largo de la vida.

De forma creciente, los países desarrollados van diseñando programas de formación permanente. Este indicador es una muestra clara de la sensibilidad que se está expresando hacia uno de los colectivos más desprotegidos de la población, aunque no sea el único.

Desde una visión democrática, tolerante y flexible, los diferentes países apuestan por sus actividades de educación permanente. Para la matriculación en estos programas no se suelen necesitar diplomas previos, sino motivación y experiencia de vida. Incluso en algunos casos ni siquiera experiencia de vida, puesto que se rechaza toda condición de edad, de manera que dejan a cada adulto la libre decisión de elegir modalidad de aprendizaje específico o a cada estudiante joven con interés por una materia, relacionarse intergeneracionalmente a través de este nuevo planteamiento.

Además, con el fin de hacer extensiva esta formación a zonas rurales se ha emprendido la descentralización con la filosofía de la cultura para todos y por tanto no focalizada en los grandes núcleos urbanos. A título de ejemplo se podrá citar: los centros y secciones de educación permanente que imparten enseñanzas formales y no formales dirigidas a las personas adultas que, en la actualidad existen 143 centros y 521 secciones dependientes de la Consejería de Educación que imparten enseñanzas formales y no formales, posibilitando la formación básica, el acceso a titulaciones básicas, a otro nivel del sistema educativo y fomentando el ejercicio de la ciudadanía activa. De ello dan cuenta las aproximadamente 125.000 personas que participan en esta oferta educativa durante el curso 2009/2010; por otra parte, se podrían citar también los Programas Universitarios de Mayores Provinciales de Andalucía (Velázquez, 2006). Todo lo expuesto anteriormente es un indicador de la sensibilidad social en general y de las personas mayores en particular. Es decir, a la sociedad la consideramos deudora con este sector de la población, que contribuyó a su desarrollo. De ahí que la sociedad ahora quiera agradecer ese servicio con

una prestación cultural y un reconocimiento a quienes, por distintas circunstancias, políticas; económicas o de género no pudieron acceder, ni siquiera a la formación básica, Velázquez (2006).

e) Las razones relacionadas con las políticas educativas.

Para justificar las razones educativas de la implantación de la formación a lo largo de la vida baste citar el reconocimiento que a esta actividad conceden tanto el Plan Gerontológico (1992) como el Plan de Acción para las Personas Mayores (2003-2007), así como el Libro Blanco de Envejecimiento Activo (LBEA) publicado por la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (2010).

Por otra parte hay que considerar que la democratización de la cultura debe facilitar el acceso a la información a todos los sectores de la población que lo deseen por el mero hecho de querer acceder a un tipo de formación permanente cualquiera, que le ayude a su desarrollo personal y que contribuya a conseguir una sociedad más culta, crítica y participativa, donde se construya una nueva imagen de los mayores y se combata su exclusión social.

5.3. PARTICIPAR, CONTRIBUIR E INNOVAR

Dentro del marco del envejecimiento activo la conducta participativa debe ser continua y desplegarse a lo largo de todo el ciclo vital, ya que nos desarrollamos y envejecemos mientras vivimos.

Por tanto, tiene poco sentido hablar de una participación exclusiva “de” personas mayores “para” personas mayores y “con” personas mayores y tiene mas lógica fomentar la participación social entre todas las edades para contribuir al buen envejecimiento de todas las personas a lo largo del ciclo vital. Desde este planteamiento se entenderá que los ejes en torno a los cuales se ha organizado este epígrafe, sean siguiendo a Sánchez, M (2010) los siguientes:

- 1) Envejecer participando socialmente.
- 2) Envejecer contribuyendo a la sociedad.
- 3) Envejecer innovando a través de la participación y la contribución.

5.3.1. Envejecer participando.

Desde el envejecimiento activo entendemos que todos y todas, hombres y mujeres, debemos participar para envejecer mejor. Aunque tradicionalmente las personas mayores han sido vistas como las que envejecen, el envejecimiento activo nos propone considerar a esas personas como un miembro más de nuestra sociedad, necesitadas, como cualquiera, de apoyo para envejecer de modo satisfactorio pero, a la vez, capaces, como cualquiera, de contribuir al bienestar y desarrollo colectivos. Por tanto, hablar de envejecimiento activo aludiendo más a las personas mayores, como solemos hacer en la actualidad, tiene que ser tan sólo una práctica transitoria: la clave para hacer del envejecimiento activo una oportunidad de desarrollo y bienestar está en incluir a toda la población andaluza en los esfuerzos para promover esta forma de envejecer.

Desde esa perspectiva la Declaración Política de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Activo, celebrada en Madrid en el año 2002, señala en su artículo 10 que “el potencial de las personas de edad es una sólida base para el desarrollo futuro. Permite a la sociedad recurrir cada vez más a las competencias, la experiencia y la sabiduría que las personas de edad aportan, no sólo para asumir la iniciativa de su propia mejora sino también para participar activamente a toda la sociedad” (Naciones Unidas, 2002:3). En consonancia con estos planteamientos, y de acuerdo con el artículo 37.1. del Estatuto de Autonomía, que considera la incentivación del envejecimiento activo y el aseguramiento de la participación de las personas mayores como principios rectores de las políticas públicas, creemos que la participación en la vida política, social, social, educativa, cultura y económica de Andalucía es uno de los elementos básicos del envejecimiento activo. Por ello, y porque las personas mayores con vecindad administrativa en Andalucía, según el artículo 19 del citado Estatuto, tienen derecho a recibir de los poderes públicos de la Comunidad Autónoma una protección y una atención integral para la promoción del envejecimiento activo, hay que conseguir que la participación activa de las personas mayores en particular, se lleve a cabo a todos los niveles y en todos los ámbitos: partidos

políticos, sindicatos, empresas, Administraciones, etcétera. Un profundo cambio de las formas y estructuras democráticas de convivencia y configuración de la ciudadanía debido a estas tecnologías, que pueden repercutir favorablemente en los procesos de desarrollo local abriendo nuevas formas y espacios de participación y proporcionando un nuevo sentido de identidad y pertenencia a la comunidad o lugar de adscripción. Sin embargo, hay que ser conscientes a la vez de que algunas personas mayores -las mujeres de más edad o las personas que viven en zonas rurales, por ejemplo- corren el riesgo de quedar relegadas con todas estas transformaciones. La denominada brecha digital no sólo es trascendente porque muchas personas pueden ser incapaces de servirse de aparatos y equipos; además, implica que las personas afectadas se queden al margen de nuevas formas de vida (por ejemplo, el teletrabajo) y de modelos de organización y mediación sociocultural en los que las NTIC cumplen una función estratégica (por ejemplo, en las formas de relacionarse y de participar a distancia).

Participar en la vida social, política, económica y cultural de la comunidad forma parte fundamental del ejercicio de ciudadanía en las sociedades democráticas. La noción de la ciudadanía es compleja, se ha ido revisando a lo largo de las décadas y hoy en día abarca desde los derechos más básicos como la libertad de expresión, el derecho de reunión y voto o el derecho a juicios justos, asumidos casi como algo natural, hasta concepciones de una ciudadanía multicultural o ecológica, pasando por los derechos sociales o los denominados de tercera generación y todas las nuevas formas vinculadas a la apropiación de las NTIC.

Estudios recientes *“permiten esbozar el perfil de la ciudadanía andaluza, no como mera receptora pasiva de derechos, sino como protagonista de la vida política y social de su comunidad”*(Aguilar, Gómez, Martín, Millar y Pérez, 2007). De cara al futuro, y con vistas a hacer realidad el ideal del envejecimiento activo, este protagonismo no sólo debe concretarse en el sector de población más envejecida sino que tanto jóvenes como mayores debemos tomar un rol activo en la vida social andaluza.

Lo expuesto anteriormente nos lleva a tomar en consideración varios aspectos, que escuetamente pasamos a citar:

- a.- Las preferencias y capacidades de participación conforme se envejece.
- b.- El uso que se hace del tiempo.
- c.- Las diversas formas y estilos de participación.
- d.- La diferente participación en función del género.

5.3.1.1. Participación y dependencia.

La participación es un derecho a lo largo de toda la vida, que no se puede ignorar, cuando la dependencia eclipsa parte de nuestra autonomía personal. Todas las personas dependientes pueden, en distinto grado, continuar siendo activas y sintiéndose útiles en actividades compatibles con su estado, tanto en la esfera personal, como en los ámbitos familiar y comunitarios. Hay que potenciar al máximo las capacidades y la autonomía de las personas dependientes de modo que no produzcamos un aumento de su dependencia a medida que envejecen y que pueden seguir contribuyendo a la mejora de la sociedad andaluza.

“El envejecimiento activo debería incluir a todas las personas mayores, incluso a aquéllas que en alguna medida son frágiles y dependientes. Esto se explica por el peligro de que centrarse solamente en los “mayores jóvenes” excluirá a los “mayores mayores” y por el hecho de que la conexión entre actividad y salud (incluida la estimulación mental) se mantiene hasta la vejez avanzada” (Walker, 2009:87),

A menudo no somos capaces de conectar envejecimiento activo y dependencia debido al concepto de actividad que utilizamos. Parece *ser activo* entre en contradicción con *ser dependiente*. Pero no es así. Un reciente estudio español sobre el concepto de actividad en el marco del envejecimiento activo aclara que lo importante no es tanto hacer esto o aquello como la disposición de la persona a asumir las riendas de su vida, de su envejecimiento: “Es importante precisar que la actividad, independientemente de que pueda materializarse en acciones y realizaciones con gran nivel de concreción, es un posicionamiento vital implicado. Es el mecanismo a través del cual la persona asume las riendas de su vida en un hacer pro-activo y no meramente receptivo-pasivo. Este “ser activo” se refleja en una responsabilidad de la personas hacia el cuidado de su propia salud (desarrollo de hábitos saludables, estar física y mentalmente activo) y la inserción

participativa en la realidad social (relacionarse con otros, asociarse, estar presente en la vida de la comunidad). Las relaciones concretas han de vivirse de forma intrínsecamente motivada, priorizando en ellas elementos que las hagan singulares y significativas para la persona y por tanto han de formularse en clave participativa, integral, flexible, de calidad, evaluable, sostenible e innovadora” (Bermejo y Miguel, 2008:29-30).

Cuando esa disposición se concreta en una actividad realizada que supone el mantenimiento o la mejora de los lazos sociales, sabemos que se consiguen beneficios de cara al mantenimiento y a la recuperación de la habilidad de realizar actividades de la vida diaria. Podemos afirmar, en consecuencia, que la implicación social ayuda a prevenir o a disminuir la pérdida de autonomía para la vida diaria y, en consecuencia, “la implicación comunitaria es beneficiosa en gran medida y debería promoverse a través de las políticas sociales” (Zunzunegui et al., 2005:46).

“Promover la actividad social y productiva puede proporcionar tanto a los médicos como a quienes diseñan las políticas una estrategia adicional para mantener la salud y la independencia de las personas mayores y posponer las consecuencias discapacitantes de enfermedades crónicas relacionadas con la edad” (Méndez de León, Glass y Berkman, 2003:640).

5.3.1.2. Condiciones para la participación.

Naciones Unidas (UNECE, 2009) considera que las condiciones para la participación y la integración pasa por tres ámbitos concretos de intervención:

A) Ámbito político y socioeconómico:

- 1.- La integración funcional, que incluye la participación social, política y económica de las personas mayores.
- 2.- Las infraestructuras, de modo que la accesibilidad y el coste económico de la vivienda, el transporte y los bienes culturales, incluidos los medios de comunicación, estén al alcance de cualquier persona mayor.

- 3.- Las relaciones intergeneracionales, para lograr desestigmatizar el envejecimiento y aumentar los intercambios entre personas de distintas generaciones.

B) Ámbito socio-personal:

- 1.- La participación de las personas que viven solas y de las que están aisladas.
- 2.- Las situaciones de estrés y exclusión que padecen muchas personas mayores.

C) Ámbito evolutivo:

Desde este ámbito se entiende la participación como un proceso y hace referencia a la trayectoria de participación, ya que, por lo general, la persona que ha ejercido participación a lo largo de la vida sigue siendo participativa conforme va envejeciendo.

5.3.2. Envejecer contribuyendo.

Se envejece no solo recibiendo, sino dando y desde esa perspectiva las personas mayores representan un claro ejemplo de cómo nuestra sociedad envejece, son cada vez más numerosas y muchas de ellas quieren ser activas, contribuir y aportar a la sociedad. Por ello, exigen que se les tenga en cuenta, que se preste atención a sus opiniones, no sólo por el peso demográfico que les avala sino por el derecho a contribuir que, como ciudadanos, les ampara.

Las posibilidades de intervención en la construcción de una sociedad mejor, más inteligente, se han de realizar en función de cómo se siente y de qué desea la persona y no en función de su edad.

“Una sociedad para todas las edades incluye el objetivo de que las personas de edad tengan la oportunidad de seguir contribuyendo a la sociedad. Para trabajar en pro de la consecución de ese objetivo, es necesario eliminar todos los factores excluyentes o discriminatorios en contra de esas personas. La contribución social y económica de las personas de edad va más allá de sus actividades económicas, ya que con frecuencia esas personas desempeñan funciones cruciales en la familia y en la comunidad. Muchos de sus

valiosos aportes no se miden en términos económicos, como en el caso de los ciudadanos prestados a los miembros de la familia, el trabajo productivo de subsistencia, el mantenimiento de los hogares y la realización de actividades voluntaria en la comunidad. Además, esas funciones contribuyen a la preparación de la fuerza de trabajo futura. Es necesario reconocer todas esas contribuciones, incluidas las del trabajo no remunerado que realizan en todos los sectores las personas de todas las edades, y en particular las mujeres” Naciones Unidas, 2002:10).

La contribución de las personas mayores a la sociedad pasa porque se tenga presente los siguientes aspectos:

- a.- que se eliminen los estereotipos y mitos que sobre estos tienen todavía la sociedad actual.
- b.- que se construya una nueva imagen de lo que realmente son estas personas.
- c.- que se reconozca específicamente las contribuciones que las personas mayores están haciendo en diferentes ámbitos, tales como:
 - 1.- Asociacionismo y voluntariado.
 - 2.- Cuidadores/as.
 - 3.- Apoyo a la inserción social.
 - 4.- Tradiciones, aportaciones a la mejora del medio ambiente.

Pero, lo expuesto anteriormente no está exento de dificultad, ya que hay muchas personas mayores que vivan solas, son inmigrantes, están discriminados por su identidad sexual, o quienes pertenecen a minorías étnicas, por citar algunos ejemplos.

5.3.3. Envejecer innovando.

“No se puede afrontar el envejecimiento de la población mediante la búsqueda de inexistentes soluciones que lo hagan desaparecer, sino que son necesarios planteamientos innovadores de adaptación. La vejez de mañana será distinta de la de hoy y los problemas

claves pueden no surgir donde se esperan. Se atribuye una gran importancia a los aspectos económicos, pero también van a aparecer problemas sociales complicados e inéditos, aunque no imprevisibles. La integración social de un colectivo, cada vez más numeroso, sin empleo remunerado pero con recursos económicos y buenas condiciones físicas (al menos entre los 10 a 15 primeros años de la jubilación), forma a la vez parte del problema y de su solución, por la enorme contribución a la sociedad que pueden aportar las personas de más edad” (Fernández Cordón, 2007:9).

El planteamiento anterior nos lleva a considerar que:

- a) el envejecimiento activo es motor para la innovación, para el cambio;
- b) las relaciones intergeneracionales son parte fundamental para la actualización y la modernidad;
- c) envejecer de forma activa es fuente de desarrollo e innovación económica;
- d) la innovación está generando actualmente nuevas demandas y productos entorno “a y por” las personas mayores;
- e) existe una necesidad de mayor atención a la relación entre envejecimiento y brecha digital;
- f) hay que innovar el envejecimiento, pero contando con las personas mayores,
- g) y necesitamos nuevos políticos, mejor adaptados a unos contextos y a una ciudadanía que envejece.

Podríamos concluir este capítulo afirmando que el envejecimiento activo es un excelente planteamiento para prevenir la dependencia, ya que a través de él se optimizan las oportunidades de seguridad, salud, participación y aprendizaje con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen. Dicho de otra forma envejecer activamente consiste en procurar que las personas mayores vivan y se sientan seguras contando con los apoyos sociales, jurídicos y sanitarios que necesiten, dispongan de recursos que les permitan vivir saludablemente y puedan seguir formándose y educándose a lo largo de toda la vida. Es, en síntesis, tener medios para aprender a “gestionar la edad” de forma automática.

CAPÍTULO 6 :

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN: OBJETIVOS

A través de la bibliografía revisada, se ha podido comprobar que la dependencia en las personas mayores, con 65 años o más edad en el contexto rural representa un problema de indudable interés científico en el momento actual. Interés que ha propiciado que se ocupe distintos ámbitos de estudio. Esto justifica, que este tema sea objeto de investigación de múltiples disciplinas tales como: la Psicología , la Geriatria, la Gerontología y la Gerontagogía, entre otras.

Desde una perspectiva general, nuestro objetivo principal consiste en contribuir al conocimiento de la dependencia de las personas mayores desde el ámbito de la Psicopedagogía, como psicopedagogo profesional que somos.

Lo que se persigue en esta tesis, es , en síntesis, mostrar de forma descriptiva la situación real de las personas dependientes en nuestra provincia. Para alcanzar esta meta se han planteado dos bloques de objetivos.

Los dos primeros los podríamos considerar generales (a-b) y los cuatro últimos específicos (c-f).

- **Objetivos generales:**

a) Considerar que la dependencia es un aspecto asociado a la edad, a más edad más probabilidad de dependencia, que necesita ser conocido y tratado convenientemente, para que estas personas vivan con calidad de vida como ciudadanos/as activos/as del Estado de Bienestar.

Para conseguir esto se estudia los aspectos negativos de la dependencia que impiden el propio crecimiento personal y social y que dificultan el desarrollo de los familiares que les cuidan así como de los /as profesionales.

b) Constatar que la aplicación de la “Ley de la Dependencia” está mejorando la situación de las personas mayores y de la sociedad en general, ya que vivimos en una sociedad envejecida y envejeciente (España ocupa el cuarto lugar del mundo en esperanza de vida. Informe 2008.Ministerio de Sanidad y Política Social del gobierno de España).

- Objetivos específicos.

c) Situar a las personas mayores de 65 años dependientes de la provincia de Sevilla en el contexto nacional y autonómico.

d) Conocer el número de solicitudes así como el perfil de las personas mayores solicitantes.

e) Analizar los resultados de la valoración y dictámenes a través del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) en la provincia de Sevilla especificándose los grados y niveles de dependencia.

f) Mostrar los diferentes tipos de prestaciones y los beneficios que aporten estos a las personas mayores dependientes en la provincia de Sevilla.

CAPÍTULO 7 :

METODOLOGÍA.

En este capítulo se va a describir las características metodológicas. Para ello, se van a tratar los siguientes aspectos:

- a. En primer lugar, expondremos la muestra de estudio, que en nuestra tesis, constituye toda la población de la provincia de Sevilla.
- b. En segundo lugar, se presenta resumidamente el instrumento de evaluación seleccionado, el (BVD.) Baremo de Valoración de la Dependencia.
- c. En tercer y último lugar se muestra el diseño y procedimiento seguido en esta tesis.

A través del estudio de estos tres aspectos, pretendemos conocer más y mejor la dependencia como fenómeno que afecta y dificulta el desarrollo psicosocial de las personas mayores, de sus cuidadores/as principales y de la sociedad en general.

Todo ello porque consideramos que las personas mayores de 65 años no son solamente sujetos a cuidar, sino elementos activos y útiles en la sociedad en la que siguen creciendo hasta cubrir su ciclo vital.

7.1. POBLACIÓN

Antes de exponer las características de la población, objeto de estudio, quisiera aclarar que hemos considerado conveniente que la edad de ésta fuera igual o superior a 65 años por estimarse que esta edad es el comienzo de la “consideración social como persona mayor”, coincidente en nuestro país, hasta hace poco, con la edad de la jubilación, y porque a partir de esa edad y de ese acontecimiento social suele ir apareciendo, progresivamente, el comportamiento dependiente.

Además se ha estimado oportuno tener en cuenta tanto que la población nacional, como la autonómica y, todo ello con el objetivo de contextualizar a la provincia de Sevilla dentro de otros contextos más amplio y poder situar comparativamente así dicha provincia dentro de otros contextos.

La población pues la componen personas con 65 años o más, que han sido sometidas al proceso de Baremación de Valoración de la Dependencia (BVD) en la provincia de Sevilla.

Con el fin de conocer las características de esta población se describen diferentes indicadores sociodemográficos que pasamos a analizar:

-a) Primeramente se describen las “características generales” de la población de 65 años y más.

Para ello se muestran datos nacionales, autonómicos y obviamente los provinciales de Sevilla según se especifica en las siguientes tablas (Nº 1, 2 y 3):

Tabla Nº 1

Población de personas mayores en España a 01 Enero de 2010					
		Varones		Mujeres	
Años	Ambos sexos	Nº	%	Nº	%
65-69	2.105.634	1.000.448	47,51%	1.105.186	52,49%
70-74	1.763.966	800.240	45,37%	963.726	54,63%
75-79	1.758.358	754.755	42,92%	1.003.603	57,08%
80-84	1.259.560	489.865	38,89%	769.695	61,11%
85 y más	1.043.646	328.123	31,44%	715.523	68,56%
Total	7.931.164	3.373.431	42,53%	4.557.733	57,47%
Fuente: Elaboración propia con datos de la revisión del Padrón de 2010 del INE					

Tabla Nº 2

Población de personas mayores en Andalucía a 01 Enero de 2010					
		Varones		Mujeres	
Años	Ambos sexos	Nº	%	Nº	%
65-69	351.230	166.521	47,41%	184.709	52,59%
70-74	297.079	133.746	45,02%	163.333	54,98%
75-79	279.976	119.525	42,69%	160.451	57,31%
80-84	186.128	71.684	38,51%	114.444	61,49%
85 y más	136.954	43.639	31,86%	93.315	68,14%
Total	1.251.367	535.115	42,76%	716.252	57,24%
Fuente: Elaboración propia con datos de la revisión del Padrón de 2010 del INE					

Tabla Nº 3

Población de personas mayores en Sevilla a 01 Enero de 2010					
		Varones		Mujeres	
Años	Ambos sexos	Nº	%	Nº	%
65-69	79.225	37.208	46,96%	42.017	53,04%
70-74	64.224	28.192	43,90%	36.032	56,10%
75-79	59.420	24.112	40,58%	35.308	59,42%
80-84	39.021	14.095	36,12%	24.926	63,88%
85 y más	29.586	8.703	29,42%	20.883	70,58%
Total	271.476	112.310	41,37%	159.166	58,63%
Fuente: Elaboración propia con datos de la revisión del Padrón de 2010 del INE					

Del análisis de las Tablas 1, 2 y 3 se desprende que en España existen 7.931.164 personas mayores de ambos sexos con edades comprendidas entre 65 y 85 y más años (Tabla 1). En este total nacional está contabilizado el 1.251.367 andaluces/as mayores con edades comprendidas entre 65 y 85 años y más (Tabla 2), así como los 271.476 personas mayores de provincia de Sevilla (Tabla 3).

Si tenemos en cuenta que España tiene 45.200.737 habitantes; Andalucía tiene 8.059.461 y la provincia de Sevilla cuenta 1.875.462 según el censo del 2007, podemos concluir afirmando que la provincia de Sevilla difiere porcentualmente el 2,9% con el total del Estado español y 0,8 % respecto a Andalucía.

-b) En segundo lugar al analizar la población mayor de 65 años por “tramos de edad” resulta significativo el elevado número de personas por encima de 80- 84 y 85 y más años tanto a nivel nacional con 2.303.200 personas como a nivel de la autonomía andaluza con 323.082 personas y de la provincia de Sevilla con 68.607 personas. Datos que corroboran la tendencia de la supervivencia cada vez más de octogenarios/as en nuestro país

en general junto al incremento de la mayor esperanza de vida, que se está constatando y que es progresiva (véase tablas 1, 2 y 3).

-c) En tercer lugar se muestra el total de la población especificándose el “género” según aparece en las citadas tablas 1, 2 y 3.

Del análisis de los resultados de estas tablas se desprende el elevado número de mujeres mayores frente a los hombres, no sólo en todos los tramos de edad, sino, y sobre todo, a partir de los 80 años tanto a nivel nacional, como autonómico y provincial.

Los datos observados en las citadas tablas vienen a confirmar la mayor esperanza de vida de las mujeres que de los hombres en los distintos ámbitos estudiados, nacional, autonómico y provincial. (Véase tablas Nº 1, 2, y 3)

-d) En cuarto lugar se analiza la situación del “estado civil y tamaño de localidad” por la importancia que ello puede tener en las relaciones de atención a las personas en situación de dependencia tanto en el ámbito urbano como rural. Recuérdese la citada “ crisis del cuidado a los mayores” que está padeciendo nuestro país en la actualidad y que también afecta a la autonomía andaluza y a la provincia de Sevilla.

Desde el punto de vista del análisis procedente de las tablas nº 4 , 5 y 6 se observa un bajo porcentaje de solteros/as que no llegan al 10% en ninguno de los tres ámbitos de estudio: nacional, autonómico y provincial; en cuanto a los casados/as aparecen los porcentajes más altos 59,71%; 59,48% y 57,49% respectivamente.

Los porcentajes de viudos/as bajan a un 31,83%; 30,88% y 33,00% y muy pocos separados/ as : 1,37%, 1,21% y 1,11%, datos estos últimos lógico debido a la influencia socio-cultural del contexto histórico, en los que vivieron estas personas.

Tabla Nº 4

Distribución de las personas mayores por estado civil y tamaño de la localidad de residencia España								
	Solteros		Casados		Viudos		Separ./Divorc.	
Habitantes	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 1.000	51.193	10,55%	293.776	60,54%	137.643	28,37%	2.642	0,54%
De 1.001 a 2.000	32.037	9,41%	205.757	60,41%	100.567	29,53%	2.243	0,66%
De 2.001 a 5.000	56.678	8,83%	388.258	60,51%	191.512	29,85%	5.168	0,81%
De 5.001 a 10.000	48.034	8,15%	357.977	60,70%	177.667	30,13%	6.042	1,02%
De 10.001 a 20.000	53.408	7,57%	426.972	60,54%	216.241	30,66%	8.595	1,22%
De 20.001 a 50.000	50.985	6,41%	484.951	61,02%	247.404	31,13%	11.446	1,44%
De 50.001 a 100.000	36.391	6,44%	343.774	60,81%	176.103	31,15%	9.036	1,60%
De 100.001 a 500.000	104.041	7,50%	819.601	59,05%	440.642	31,75%	23.767	1,71%
Más de 500.000	113.584	8,83%	737.301	57,32%	411.508	31,99%	23.992	1,87%
Total	546.351	8,04%	4.058.367	59,71%	2.099.287	30,89%	92.931	1,37%

Fuente: Elaboración propia con datos de la del Censo de población 2001 del INE

Tabla Nº 5

Distribución de las personas mayores por estado civil y tamaño de la localidad de residencia Andalucía								
	Solteros		Casados		Viudos		Separ./Divorc.	
Habitantes	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 1.000	2.020	8,01%	15.506	61,52%	7.493	29,73%	186	0,74%
De 1.001 a 2.000	3.378	7,91%	26.264	61,48%	12.795	29,95%	285	0,67%
De 2.001 a 5.000	9.307	7,44%	77.060	61,60%	37.886	30,28%	847	0,68%
De 5.001 a 10.000	7.837	6,95%	69.489	61,61%	34.707	30,77%	760	0,67%
De 10.001 a 20.000	9.473	6,62%	87.288	61,00%	45.095	31,51%	1.241	0,87%
De 20.001 a 50.000	9.728	6,62%	89.970	61,21%	44.822	30,49%	2.472	1,68%
De 50.001 a 100.000	4.501	6,19%	43.363	59,65%	23.851	32,81%	978	1,35%
De 100.001 a 500.000	16.557	7,78%	123.578	58,05%	69.647	32,72%	3.082	1,45%
Más de 500.000	16.102	9,33%	94.359	54,70%	59.164	34,29%	2.890	1,68%
Total	78.903	7,49%	626.877	59,48%	335.460	31,83%	12.741	1,21%

Fuente: Elaboración propia con datos de la del Censo de población 2001 del INE

Tabla Nº 6

Distribución de las personas mayores por estado civil y tamaño de la localidad de residencia Sevilla								
	Solteros		Casados		Viudos		Separ./Divorc.	
Habitantes	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 1.000	86	11,76%	407	55,68%	233	31,87%	5	0,68%
De 1.001 a 2.000	305	8,72%	2.090	59,73%	1.088	31,09%	16	0,46%
De 2.001 a 5.000	1.363	8,42%	9.678	59,76%	5.064	31,27%	90	0,56%
De 5.001 a 10.000	1.906	7,65%	14.595	58,55%	8.252	33,10%	175	0,70%
De 10.001 a 20.000	2.458	7,25%	20.198	59,60%	10.984	32,41%	247	0,73%
De 20.001 a 50.000	2.350	6,62%	21.398	60,25%	11.451	32,24%	317	0,89%
De 50.001 a 100.000	439	7,01%	3.625	57,86%	2.105	33,60%	96	1,53%
De 100.001 a 500.000	503	5,69%	5.340	60,44%	2.884	32,64%	108	1,22%
Más de 500.000	10.069	9,85%	56.098	54,87%	34.536	33,78%	1.531	1,50%
Total	19.479	8,39%	133.429	57,49%	76.597	33,00%	2.585	1,11%

Fuente: Elaboración propia con datos de la del Censo de población 2001 del INE

-e) En quinto y último lugar se analiza el “nivel de estudios” en las tablas 6 (a) y 6 (b), 7. 8 y 9 y en las figuras 4, 5 y 6, concluyéndose el análisis con el mapa Nº 1.

Del análisis de la comparativa de las personas mayores, en función del nivel de estudios en España, Andalucía y provincia de Sevilla, se desprende que el 15,86% de españoles/as son analfabetos/as , el 45,74 no tienen estudios; el 23,23% tienen estudios de primer grado; el 11,74% de segundo grado y el 3,34% de tercer grado.

Frente al colectivo nacional en Andalucía el 15,20% son analfabetos/as, el 49,27% no tienen estudios, el 22,97% tienen estudios de primer grado, el 9,495 de segundo grado y 3,08% de tercer grado.

Mientras que en la provincia de Sevilla contabilizamos el 15,86% de analfabetos/as; el 45,74% sin estudios; el 23,23% primer grado; el 11,74% segundo grado y el 3,43% tercer grado.

Los datos anteriores muestran una cierta similitud entre los tres ámbitos fruto tal vez de la uniformidad política- cultural carente de estimulación que vivieron las personas que actualmente superan los 65 años.

Por otra parte es interesante observar en las tablas 7, 8 y 9 la diferencia entre los más altos niveles de estudios de los hombres frente a los más bajos de las mujeres; baste citar como ejemplo que a nivel nacional el porcentaje de analfabetos es de el 23,99% frente al 76,015 de las mujeres siendo parecidos los porcentajes andaluces y los de la provincia de Sevilla.

Lo anterior, es un indicador nuevamente de la situación socio-educativa y cultural que vivieron las mujeres en la España de la dictadura.

Tabla Nº 6 a)

Comparativa de las personas mayores en función del nivel de estudios en España, Andalucía y sus provincias (I)						
	Analfabetos		Sin estudios		Primer grado	
	Nº	%	Nº	%		
España	167.181	15,86%	482.048	45,74%	244.824	23,23%
Andalucía	10.861	15,20%	35.212	49,27%	16.414	22,97%
Almería	21.589	15,99%	59.785	44,29%	33.487	24,81%
Cádiz	21.845	17,16%	65.676	51,59%	25.513	20,04%
Córdoba	18.191	13,91%	64.233	49,12%	30.163	23,07%
Granada	11.242	16,32%	26.870	39,00%	20.242	29,38%
Huelva	22.902	20,50%	56.798	50,84%	21.887	19,59%
Jaén	23.794	13,46%	73.288	41,46%	39.606	22,41%
Málaga	36.757	15,84%	100.186	43,17%	57.512	24,78%
Sevilla	167.181	15,86%	482.048	45,74%	244.824	23,23%
Fuente: Elaboración propia con datos de la del Censo de población 2001 del INE						

Tabla Nº 6 b)

Comparativa de las personas mayores en función del nivel de estudios en España, Andalucía y sus provincias (II)				
	Segundo grado		Tercer grado	
	Nº	%	Nº	%
España	123.759	11,74%	36.169	3,43%
Andalucía	6.782	9,49%	2.203	3,08%
Almería	15.722	11,65%	4.394	3,26%
Cádiz	10.670	8,38%	3.603	2,83%
Córdoba	12.974	9,92%	5.195	3,97%
Granada	8.874	12,88%	1.664	2,42%
Huelva	7.816	7,00%	2.322	2,08%
Jaén	32.142	18,18%	7.932	4,49%
Málaga	28.779	12,40%	8.856	3,82%
Sevilla	123.759	11,74%	36.169	3,43%

Tabla Nº 7

Distribución de la población de personas mayores de 65 años en España en función del nivel de estudios y el sexo					
		Varones		Mujeres	
Habitantes	Ambos sexos	Nº	%	Nº	%
TOTAL	6.796.936	2.884.590	42,44%	3.912.346	57,56%
Analfabetos	548.957	131.691	23,99%	417.266	76,01%
Sin estudios	2.446.289	1.012.610	41,39%	1.433.679	58,61%
Primer grado	2.459.873	1.036.674	42,14%	1.423.199	57,86%
Segundo grado	1.076.932	535.230	49,70%	541.702	50,30%
Tercer grado	264.885	168.385	63,57%	96.500	36,43%
Fuente: Elaboración propia con datos de la del Censo de población 2001 del INE					

Tabla Nº 8

Distribución de la población de personas mayores de 65 años en Andalucía en función del nivel de estudios y el sexo					
		Varones		Mujeres	
Habitantes	Ambos sexos	Nº	%	Nº	%
TOTAL	1.053.981	449.065	42,61%	604.916	57,39%
Analfabetos	167.181	42.262	25,28%	124.919	74,72%
Sin estudios	482.048	212.665	44,12%	269.383	55,88%
Primer grado	244.824	105.363	43,04%	139.461	56,96%
Segundo grado	123.759	65.207	52,69%	58.552	47,31%
Tercer grado	36.169	23.568	65,16%	12.601	34,84%
Fuente: Elaboración propia con datos de la del Censo de población 2001 del INE					

Tabla Nº 9

Distribución de la población de personas mayores de 65 años en Sevilla en función del nivel de estudios y el sexo					
		Varones		Mujeres	
Habitantes	Ambos sexos	Nº	%	Nº	%
TOTAL	232.090	95.010	40,94%	137.080	59,06%
Analfabetos	36.757	9.014	24,52%	27.743	75,48%
Sin estudios	100.186	41.910	41,83%	58.276	58,17%
Primer grado	57.512	23.115	40,19%	34.397	59,81%
Segundo grado	28.779	15.007	52,15%	13.772	47,85%
Tercer grado	8.856	5.964	67,34%	2.892	32,66%
Fuente: Elaboración propia con datos de la del Censo de población 2001 del INE					

Figura Nº 4

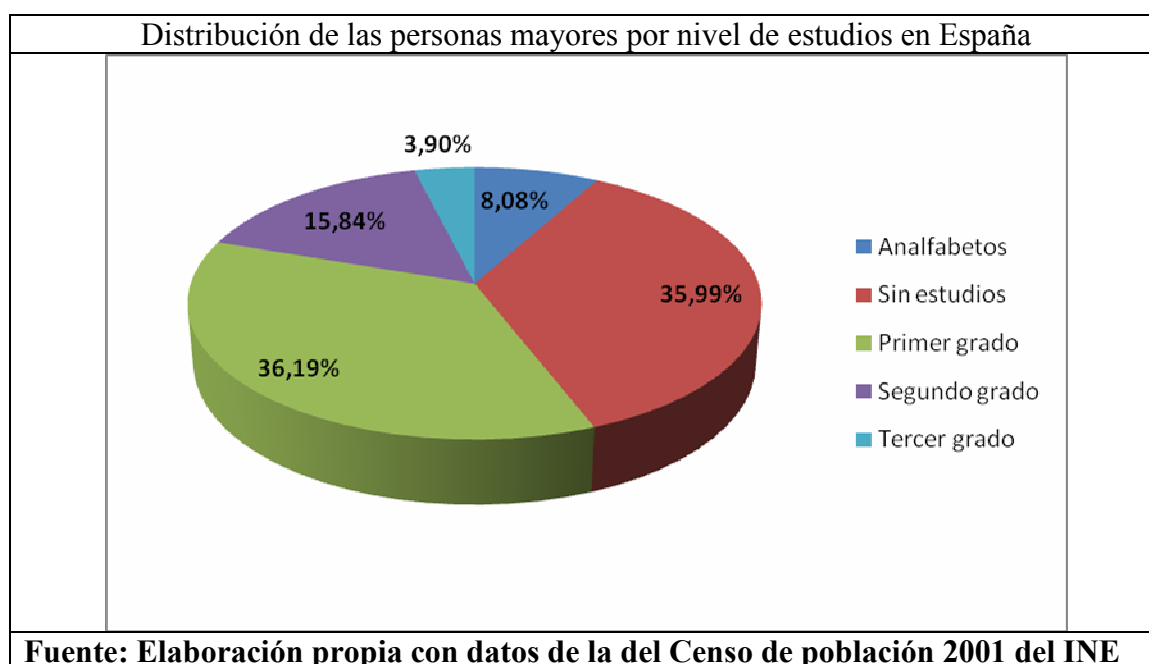


Figura Nº 5

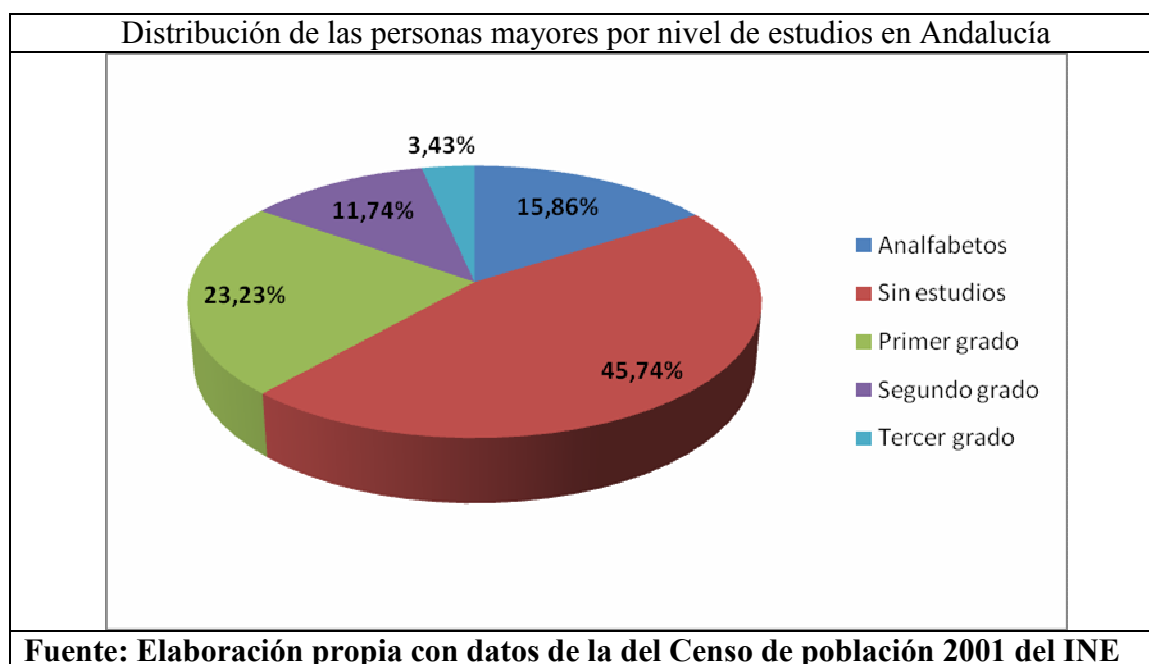
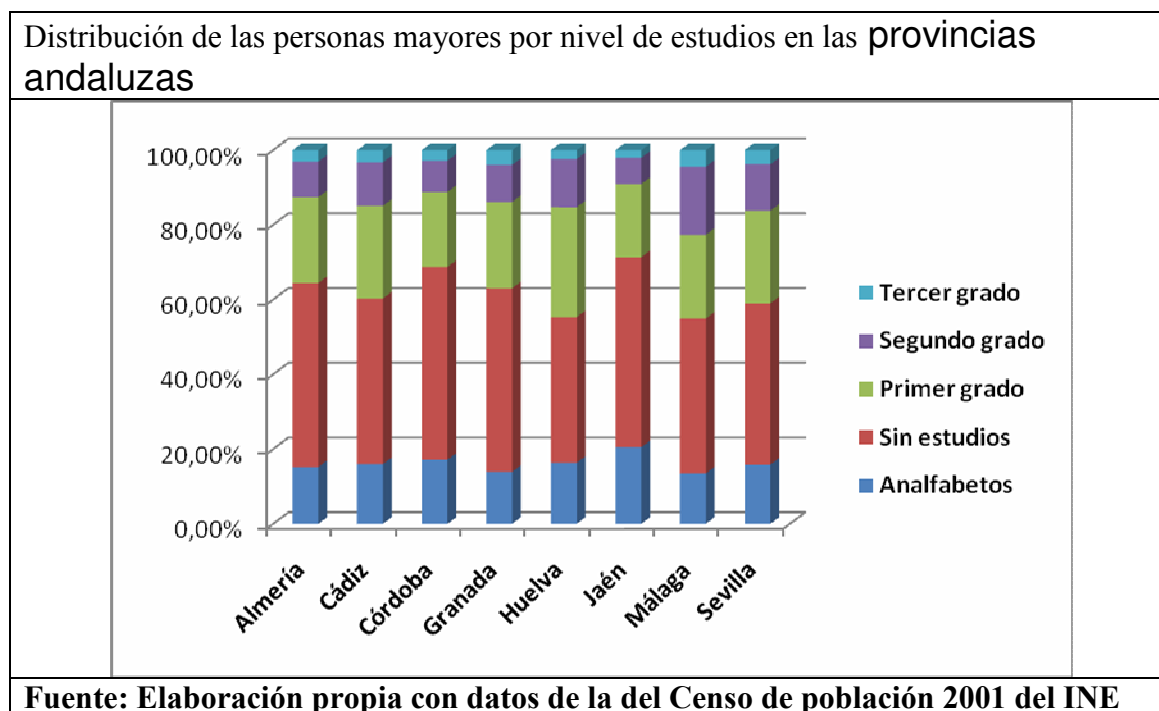
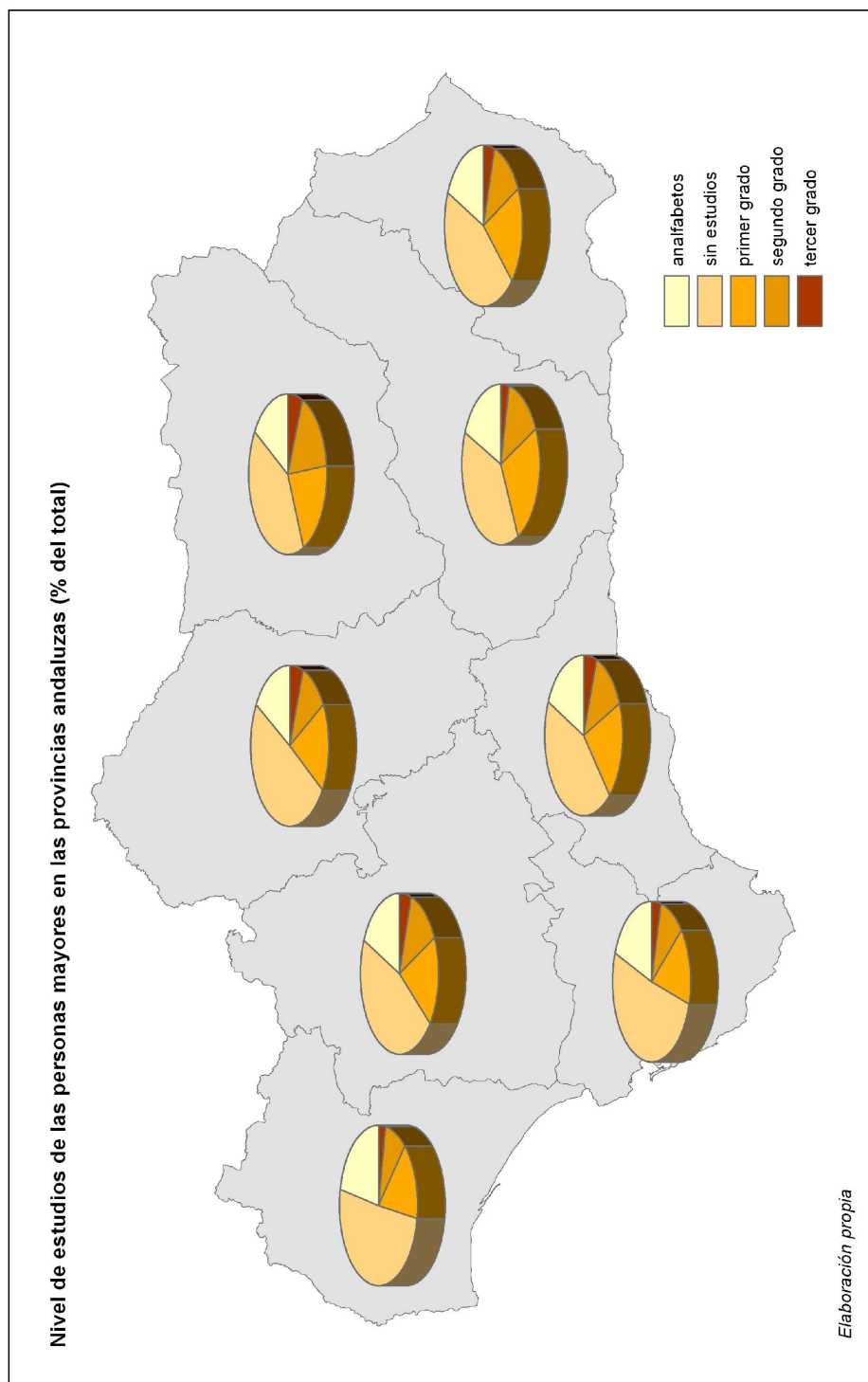


Figura Nº 6





7.2 INSTRUMENTOS.

De entrada es importante dejar claro que para esta investigación no se ha elaborado un instrumento “ad hoc”, sino que se ha utilizado el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), que permite determinar los diferentes grados de dependencia así como los distintos niveles.

Para una mejor comprensión nos ha parecido oportuno dividirlo en tres apartados:

A) BAREMO DE VALORACIÓN DE LOS GRADOS Y NIVELES DE DEPENDENCIA.

El Baremo de Valoración de la Dependencia (en adelante, BVD) permite determinar las situaciones de dependencia moderada, dependencia grave y de gran dependencia.

- a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 25 a 49 puntos.
- b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.
- c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

Asimismo, el BVD permite identificar los dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiere de acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo de la Ley 39/2006. El BVD es aplicable en cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad, a partir de los 3 años.

B) DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA.

La determinación del grado y nivel de la dependencia de la persona valorada se obtiene a partir de la puntuación final obtenida en la aplicación del BVD de acuerdo con la siguiente escala de puntuación:

Puntos		Puntos	
Grado I	25-49	Nivel 1	25-39
		Nivel 2	40-49
Grado II	50-74	Nivel 1	50-64
		Nivel 2	65-74
Grado III	75-100	Nivel 1	75-89
		Nivel 2	90-100

La puntuación final se obtiene de la suma de los pesos de tareas (ver anexo A de la ley) en que la persona valorada no tiene desempeño ponderada por el coeficiente del grado apoyo en cada tarea (ver anexo C de la ley) y el peso de la actividad correspondiente. En el caso de las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como con afectaciones en su capacidad perceptivo- cognitiva se empleará además una tabla específica de pesos de las tareas (ver anexo B de la ley), seleccionando como puntuación final aquella que resulte más beneficiosa para la persona valorada.

C) CRITERIOS DE APLICACIÓN

1. La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional cualificado y con la formación adecuada en el BVD. En el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, así como en aquellas otras situaciones en que las personas pueden tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva, tales como la sordoceguera y el daño cerebral, el cuestionario se aplicará en forma de entrevista en presencia de la persona a valorar y con la participación de persona que conozca debidamente la situación del solicitante.
2. La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas (Art, 27.5 de la Ley). Además, éstas, se deberán poner en relación con las barreras existentes en su entorno habitual.
3. El baremo debe ser aplicado en el entorno habitual de la persona, valorando las siguientes actividades y tareas del entorno habitual dentro y fuera del domicilio: Comer y beber; regulación de la micción/ defecación; lavarse las manos y lavarse la cara; desplazarse fuera del hogar. El resto de actividades y tareas del entorno habitual se corresponden con el domicilio habitual.
4. Se valora la necesidad de apoyo de otra persona en la actividad o tarea aunque la persona valorada lo esté recibiendo actualmente y con independencia de éste.
5. El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental (ART. 27.4 de la Ley), así como en aquellas otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.
6. Para valorar la capacidad de la persona valorada para realizar por sí misma y de forma adecuada las tareas que se describen en el BVD debe tenerse en cuanto tanto su capacidad de ejecución física, como su capacidad mental y/o de iniciativa, siempre y cuando existan deficiencias permanentes

(motrices, mentales, intelectuales, sensoriales o de otro tipo). En el caso de las patologías que cursan por brotes, la valoración se realizará en la situación basal del paciente, teniendo en cuenta la frecuencia, duración y gravedad de los brotes.

7. La valoración del desempeño de la persona valorada en las distintas tareas se enmarca en la valoración global de la actividad correspondiente. En aquellos casos en que las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como con afectaciones en su capacidad perceptivo-cognitiva, que son capaces de realizar las tareas de la actividad de un modo aislado, pero que requieren de apoyo y supervisión general para la realización, de un modo comprensivo, de la actividad en su conjunto se valorarán con falta de desempeño en todas las tareas de la actividad correspondiente.
8. El valorador identificará el nivel y los problemas de desempeño que tiene la persona valorada en las tareas que se incluyen en este formulario de acuerdo con los criterios de aplicación mencionados. Así mismo, señalará también el grado de otra persona que requiere la persona valorada para llevar a cabo las tareas y actividades.
9. La valoración de actividades y tareas se realizará de acuerdo con los criterios de aplicabilidad que recoge la tabla de grupos de edad y de existencia de discapacidad intelectual o enfermedad mental (DI/EM) u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

Para una información más completa véase Real Decreto 504/2007. de 20 Abril por el que se aprueba el baremo de Valoración de la situación de Dependencia establecido por la ley 39/2006 de 14 de Diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (BOE nº 96/27 Abril 2007), (Véase anexo II)

7.3 DISEÑO.

Para el diseño de investigación de esta tesis se ha tenido en cuenta una doble dimensión:

- a. El carácter transversal, ya que la información ha sido recogida en un único momento para cada población (las 105 poblaciones de la provincia de Sevilla).
- b. El carácter descriptivo, porque se describe la situación contextualizada de la Dependencia en la provincia de Sevilla. Para ello se presentan concisamente los rasgos característicos sin descender a pormenores, intentando mostrar lo más gráficamente posible la dependencia de las personas de 65 años o más edad.

Finalmente, se presentan contrastes que resultan útiles para realizar los aspectos descritos en los diferentes ámbitos geográficos al mismo tiempo que nos sirve para contextualizar la provincia de Sevilla a nivel nacional y autonómico.

7.4 PROCEDIMIENTO.

Esta investigación se ha llevado a cabo a través de diferentes etapas:

- a.- En la primera se definió el tema, se seleccionó la bibliografía conveniente, se elaboró la planificación del estudio y se diseñó cómo realizarla.

Para la cobertura de esta primera fase se realizó una revisión bibliográfica que nos ayudó a conocer más y mejor el envejecimiento y la dependencia. Después, procedimos a la planificación del diseño de investigación, así como a la selección de la población, que quedó conformada por los 105 pueblos de la provincia de Sevilla.

b.- En la segunda etapa se realizó la recogida de datos que hemos tenido que llevar a cabo de forma indirecta, ya que el BVD es realizado por profesionales formados para ello y las fichas de valoración están centralizadas en Madrid, no siendo posible acceder a ellas de forma completa por la Ley de protección de datos vigente.

Para la cobertura de esta segunda fase se ha tenido en cuenta, especialmente el Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, que trata sobre el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) establecido por la Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (BOE nº 96 de 21 de Abril de 2007).

c.-En la tercera y última etapa se efectuó el análisis de datos, la discusión y las conclusiones e implicaciones prácticas de la investigación. La codificación y el análisis de datos se realizó a través del programa SPSS versión 14.0.

El procedimiento estadístico se ha llevado a cabo a través de la conversión en porcentajes, para expresar los resultados que aparecen en las diferentes tablas.

Por otra parte, se han confeccionado figuras (gráficos, diagramas de barras, ciclogramas y mapas), que sirven para mostrar gráficamente los resultados obtenidos.

De forma sencilla se han descrito y ordenado los resultados y se han agrupado según convenían a la investigación.

Otro aspecto a destacar es que la información se presenta de lo más general, España y Autonomías a lo más concreto, provincia de Sevilla. Esto ha servido para situar y comparar la provincia de Sevilla con el resto de los contextos descritos.

CAPÍTULO 8 :

RESULTADOS.

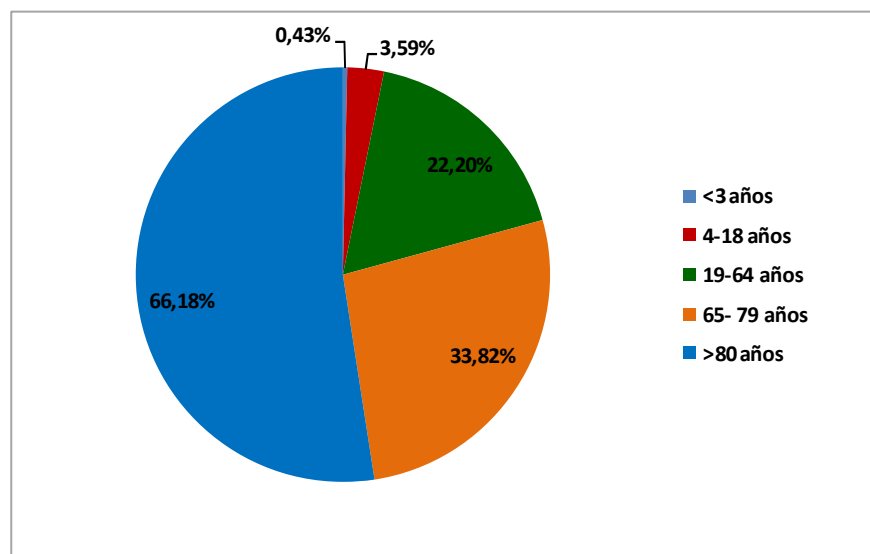
En este capítulo se presentan los principales resultados de la investigación, que, para mostrarlos de una manera ordenada, nos ha parecido oportuno agruparlos en tres grandes categorías:

1. Solicitudes.
2. Valoraciones y Dictámenes.
3. Prestaciones y Beneficiarios/as

8.1. SOLICITUDES.

En este primer bloque se agrupan las solicitudes llevadas a cabo en España, Comunidades Autónomas y Provincia de Sevilla . Todo ello con el objetivo de contextualizar la población de estudio y observar el contraste entre los diferentes datos aportados.

Desde esta perspectiva si analizamos la figura N° 7 podemos observar que los tramos de edades que más solicitan ayuda para subsanar la dependencia en España son los tramos de edades comprendidos entre 65-79 y más de 80 años con un porcentaje del 33,82% y el tramo de 80 y más con un porcentaje de 66,18%. Estos resultados vienen a corroborar la hipótesis de que a más edad existen más riesgo de dependencia por la situación de fragilidad de las personas mayores y por tanto parece lógico que aparezca más la situaciones de dependencia y consecuentemente las solicitudes para paliarla.

Figura 7 . Edades por tramos de los solicitantes en España por porcentaje

Fuente: Elaboración propia a partir de SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación (2009).

Por otra parte si observamos los resultados por Comunidades Autónomas, según aparece en la tabla Nº 10, se puede constatar que la Comunidad Autónoma que más solicitudes ha cursado a fecha de Julio de 2010 es Andalucía con 379.376 solicitudes frente a la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid que son las que menos solicitudes han cursado. Todo ello teniendo en cuenta el elevado número de habitantes de estas dos comunidades autónomas. Una de las interpretaciones que se podrían hacer de estos resultados es que la variable política ha podido influir en el bajo número de solicitudes. Estos mismos datos lo podemos observar en porcentajes en la figura Nº 8 y 9 y en la tabla Nº 10 que se muestra a continuación.

Termina el análisis de las solicitudes en las diferentes comunidades autónomas con un mapa representativo de España en el que se dibuja esta realidad (Mapa Nº 2), así como con otros dos mapas referidos a la provincia de Sevilla (Mapa Nº 3 y 4).

Tabla Nº 10

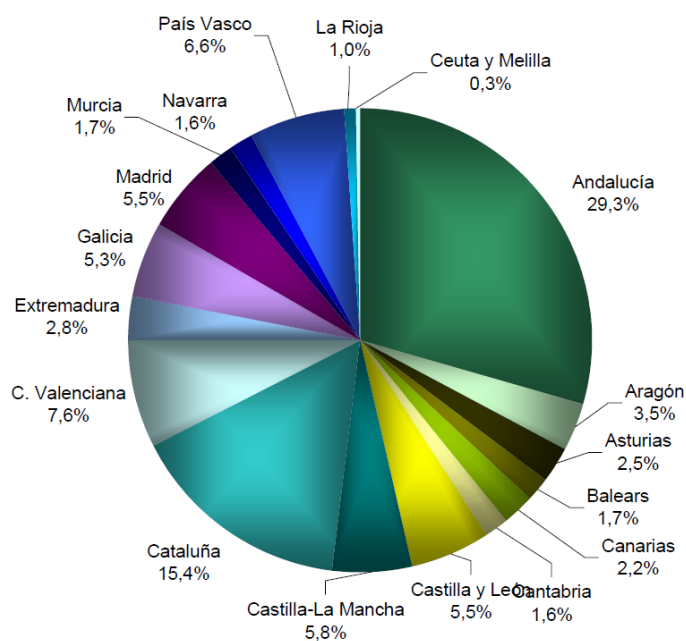
SOLICITUDES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

Número de solicitudes (a julio de 2010)				
ÁMBITO TERRITORIAL	Nº solicitudes	% sobre el total de solicitudes	Nº de habitantes padrón 2010	Solicitudes por cada 100 habitantes
Andalucía	379.376	27,5%	8.353.843	4,5
Aragón	46.166	3,4%	1.345.419	3,4
Asturias (Principado de)	31.833	2,3%	1.084.109	2,9
Balears (Illes)	20.990	1,5%	1.105.184	1,9
Canarias	31.370	2,3%	2.114.928	1,5
Cantabria	21.115	1,5%	591.886	3,6
Castilla y León	75.562	5,5%	2.555.715	3,0
Castilla-La Mancha	81.198	5,9%	2.095.855	3,9
Cataluña	210.742	15,3%	7.504.881	2,8
Comunitat Valenciana	100.268	7,3%	5.099.274	2,0
Extremadura	37.952	2,8%	1.105.481	3,4
Galicia	79.283	5,8%	2.796.811	2,8
Madrid (Comunidad de)	104.089	7,6%	6.445.499	1,6
Murcia (Región de)	42.004	3,0%	1.460.164	2,9
Navarra (Comunidad Foral de)	19.538	1,4%	636.038	3,1
País Vasco	79.872	5,8%	2.178.061	3,7
Rioja (La)	12.736	0,9%	321.780	4,0
Ceuta y Melilla	3.561	0,3%	156.604	2,3
TOTAL	1.377.655	100,0%	46.951.532	2,9

Fuente: SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación (2010).

Figura Nº 8

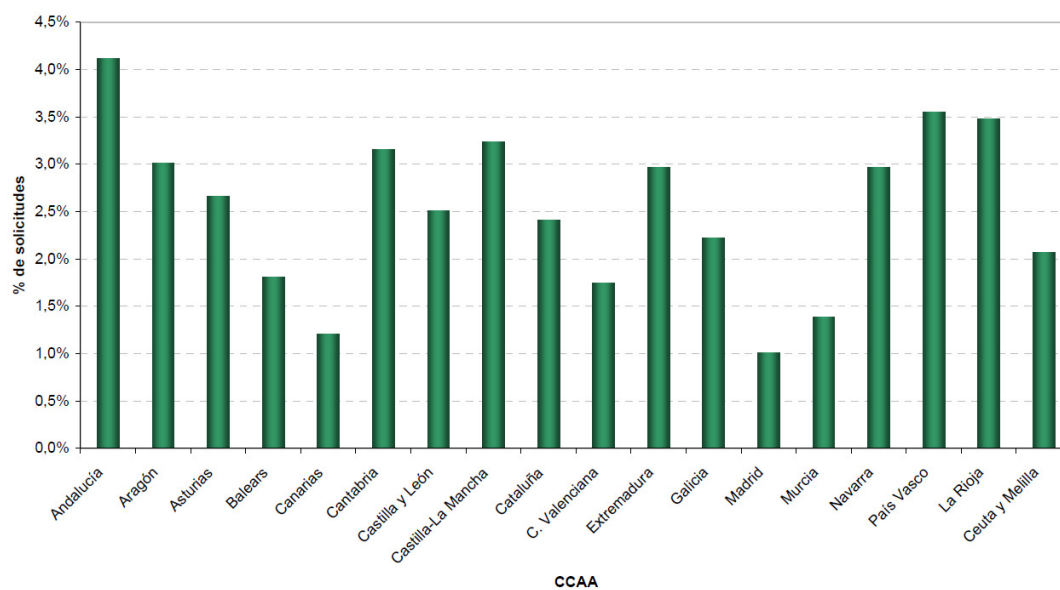
Porcentaje de solicitudes por Comunidad Autónoma



FUENTE: SAAD-IMSERO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

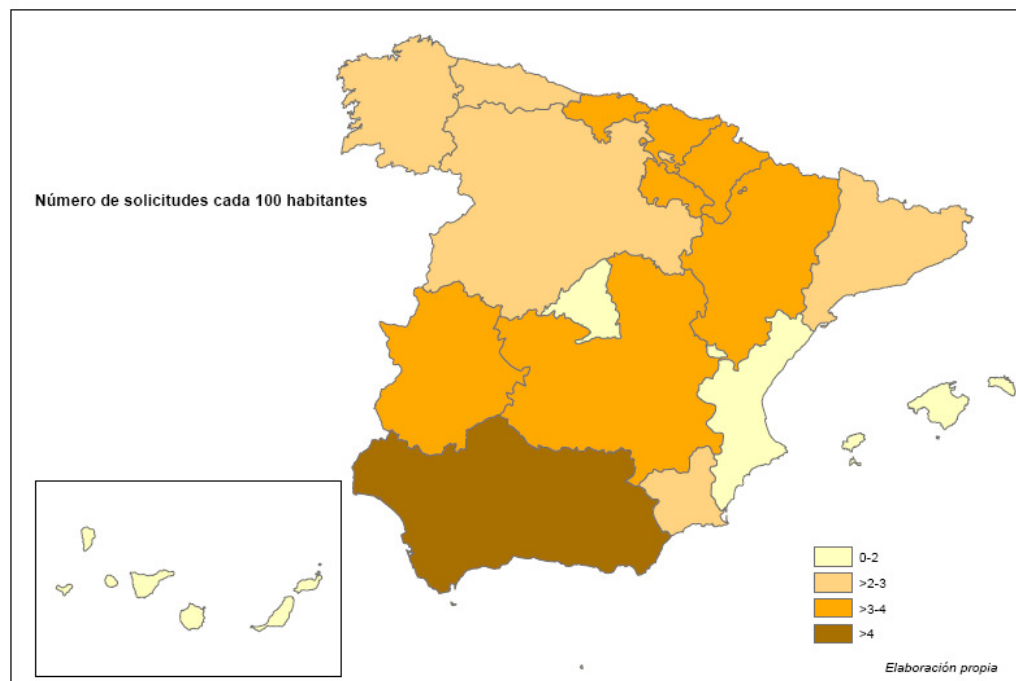
Figura Nº 9

% de solicitudes sobre el total de habitantes de cada Comunidad Autónoma



FUENTE: SAAD-IMSERO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

Mapa Nº 2. Número de solicitudes cada 100 habitantes comunidades autónomas



Elaboración Propia

En cuanto al género se puede constatar la tendencia de más solicitudes para la atención a la dependencia por parte de las mujeres con un 64,27% frente al 33.93% de los hombres según se muestra en la tabla Nº 11 . Estos datos se pueden interpretar desde tres puntos de vista:

- a) el primero por la mayor esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres;
- b) el segundo como consecuencia de la necesidad de ayuda de una persona mientras mayor es;
- c) y el tercero podría ser como consecuencia de la “crisis del cuidado a los mayores” que estamos padeciendo en la sociedad española actual y de ahí la solicitud de ayuda extrafamiliares.

Tabla Nº 11

Perfil de la persona solicitante: sexo y edad (2010)											
SEXO	Tramos de edad										% sobre el total
	Sin espec.	< 3 años	3 a 18 años	19 a 30 años	31 a 45 años	46 a 54 años	55 a 64 años	65 a 79 años	80 y + años	TOTAL	
Mujer	5.520	2.227	15.143	14.422	30.802	24.996	39.732	236.493	516.090	885.425	64,27%
Hombre	2.750	2.454	21.696	18.382	36.778	26.694	35.372	126.355	196.957	467.438	33,93%
Sin espec	9.494	25	360	646	1.500	905	1.030	3.462	7.370	24.792	1,80%
TOTAL	17.764	4.706	37.199	33.450	69.080	52.595	76.134	366.310	720.417	1.377.655	100%
% sobre total	1,29%	0,34%	2,70%	2,43%	5,01%	3,82%	5,53%	26,59%	52,29%	100%	

Fuente: Fuente elaboración propia con datos del SAAD-IMSESO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

En el análisis de solicitudes de Sevilla y Provincia a fecha de 2010 según aparece en la tabla Nº 12 , se constata la tendencia general de la correspondencia entre el mayor número de solicitudes en las poblaciones con mayor número de habitantes, aspecto que parece obvio que así sea.

Tabla Nº 12

Número de solicitudes Sevilla y provincia 2009				
Municipio	Nº solicitudes	% sobre el total de solicitudes	Nº de habitantes padrón 2009	Solicitudes por cada 100 habitantes
Aguadulce	88	0,16%	2.124	4,14
Alanís	124	0,22%	1.894	6,56
Albaida del Aljarafe	74	0,17%	2.881	2,64
Alcalá de Guadaira	1929	3,45%	70.155	2,82
Alcalá del Río	289	0,65%	10.869	2,76
Alcolea del Río	185	0,30%	3.394	5,49
Algaba (La)	535	1,01%	14.942	3,65
Algámitas	132	0,21%	1.363	9,84
Almadén de la Plata	62	0,14%	1.533	3,97
Almensilla	150	0,23%	5.598	2,76
Arahal	839	1,52%	19.248	4,38
Aznalcázar	170	0,32%	4.064	4,25
Aznalcóllar	320	0,51%	6.185	5,17
Badolatosa	78	0,18%	3.214	2,42
Benacazón	134	0,28%	6.431	2,20
Bollullos de la Mitación	160	0,35%	8.849	1,92
Bormujos	308	0,55%	18.590	1,74
Brenes	288	0,62%	12.460	2,35
Burguillos	148	0,28%	5.781	2,77

Cabezas de San Juan (Las)	548	1,11%	16.464	3,36
Camas	737	1,28%	26.015	2,86
Campana (La)	345	0,62%	5.469	6,31
Cantillana	479	0,76%	10.627	4,59
Carmona	873	1,61%	28.344	27,50
Carrión de los Céspedes	118	0,22%	2.487	0,42
Casariche	152	0,28%	5.605	6,30
Castilblanco de los Arroyos	205	0,34%	5.150	3,69
Castilleja de Guzmán	39	0,06%	2.744	0,78
Castilleja de la Cuesta	415	0,71%	17.150	15,44
Castilleja del Campo	38	0,07%	636	0,22
Castillo de las Guardas (El)	113	0,18%	1.614	17,85
Cazalla de la Sierra	349	0,65%	5.034	21,69
Constantina	138	0,44%	6.598	2,73
Coria del Río	238	1,12%	28.100	3,60
Coripe	620	0,11%	1.462	2,25
Coronil (El)	63	0,46%	5.048	4,33
Corrales (Los)	254	0,30%	4.073	5,03
Dos Hermanas	165	5,50%	122.943	4,04
Écija	338	2,99%	40.400	3,98
Espartinas	3004	0,58%	12.648	2,50
Estepa	1451	0,60%	12.632	3,61
Fuentes de Andalucía	311	0,48%	7.358	2,63
Garrobo (El)	341	0,10%	785	2,72
Gelves	308	0,28%	9.083	4,18
Gerena	60	0,49%	6.503	7,63
Gilena	157	0,17%	3.933	1,78
Gines	286	0,50%	12.934	4,63
Guadalcanal	109	0,33%	2.973	2,76
Guillena	322	0,64%	11.109	2,55
Herrera	168	0,45%	6.530	5,60
Huévar del Aljarafe	255	0,22%	2.575	2,39
Lantejuela (La)	314	0,24%	3.885	4,82
Lebrija	82	2,03%	26.434	3,17
Lora de Estepa	109	0,05%	857	1,88
Lora del Río	152	1,16%	19.352	3,95
Luisiana (La)	1132	0,34%	4.608	4,35
Madroño (El)	36	0,03%	348	4,22
Mairena del Alcor	637	1,12%	20.510	3,30
Mairena del Aljarafe	228	1,29%	40.700	4,97
Marchena	18	1,11%	19.768	5,19
Marinaleda	645	0,20%	2.724	3,24
Martín de la Jara	721	0,24%	2.790	1,81
Molares (Los)	635	0,17%	3.186	3,26
Montellano	109	0,62%	7.127	4,03
Morón de la Frontera	150	2,24%	28.455	5,44
Navas de la Concepción (Las)	96	0,23%	1.749	3,16
Olivares	337	0,69%	9.420	4,76

Osuna	1205	1,11%	17.851	4,26
Palacios y Villafranca (Los)	128	2,16%	36.824	7,20
Palomares del Río	358	0,31%	6.811	3,90
Paradas	583	0,63%	7.065	3,27
Pedraera	1311	0,23%	5.326	3,61
Pedroso (El)	157	0,23%	2.267	2,45
Peñaflor	351	0,43%	3.812	4,99
Pilas	141	0,70%	13.386	2,69
Pruna	107	0,44%	2.913	4,71
Puebla de Cazalla (La)	236	1,06%	11.325	6,27
Puebla de los Infantes (La)	382	0,42%	3.262	2,94
Puebla del Río (La)	251	0,54%	12.143	8,49
Real de la Jara (El)	619	0,17%	1.626	5,51
Rinconada (La)	194	1,74%	35.928	5,88
Roda de Andalucía (La)	310	0,31%	4.421	2,59
Ronquillo (El)	100	0,15%	1.424	6,10
Rubio (El)	963	0,26%	3.587	2,74
Salteras	175	0,41%	5.009	3,96
San Juan de Aznalfarache	88	1,31%	20.779	6,18
Sanlúcar la Mayor	128	0,70%	12.749	3,59
San Nicolás del Puerto	200	0,06%	662	4,08
Santiponce	751	0,44%	8.135	3,71
Saucejo (El)	31	0,37%	4.485	4,55
Sevilla	410	30,22%	703.206	3,28
Tocina	245	0,60%	9.452	3,08
Tomares	220	0,64%	22.772	4,94
Umbrete	16165	0,41%	7.698	2,31
Utrera	233	2,62%	50.665	2,50
Valencina de la Concepción	355	0,33%	7.971	1,62
Villamanrique de la Condesa	209	0,22%	4.129	2,84
Villanueva del Ariscal	1344	0,38%	6.045	2,68
Villanueva del Río y Minas	206	0,72%	5.283	2,62
Villanueva de San Juan	127	0,19%	1.378	3,10
Villaverde del Río	117	0,59%	7.337	8,25
Viso del Alcor (El)	193	1,35%	18.351	3,25
Cañada Rosal	278	0,22%	3.198	5,26
Isla Mayor	274	0,20%	5.873	3,82
Cuervo de Sevilla (El)	881	0,59%	8.562	4,88
Total	54439	100,00%	1.900.224	2,90

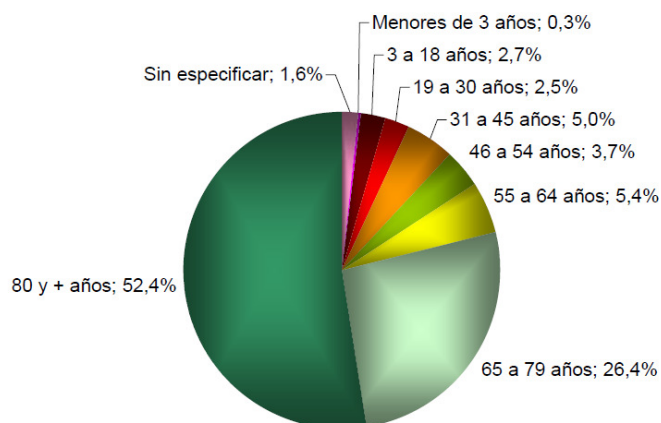
Fuente: Fuente elaboración propia con datos del SAAD-IMSESO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

En cuanto al perfil de las personas mayores solicitantes se observa en las Figuras Nº 10 y 11 que el mayor porcentaje está comprendido entre los 80 años y más con el 52,4% frente al 26,4% del tramo comprendido entre 65 a 79.

Confirmándose una vez más la tendencia de a más edad más necesidad de ayuda y por tanto de solicitud previa al mismo tiempo que solicitan más mujeres 64,2% que hombres 33,7%.

Figura Nº 10

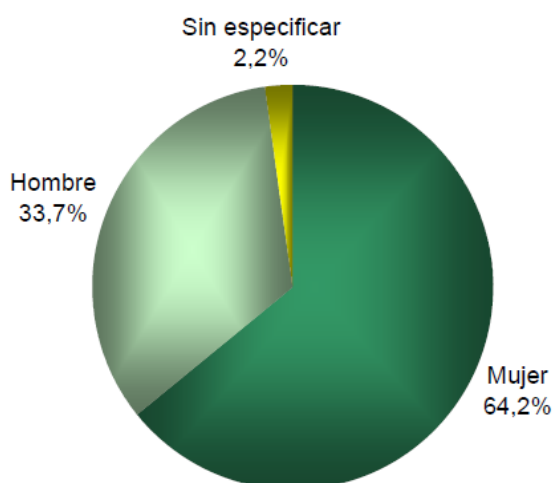
Perfil de la persona solicitante



Fuente: Fuente elaboración propia con datos del SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

Figura Nº 11

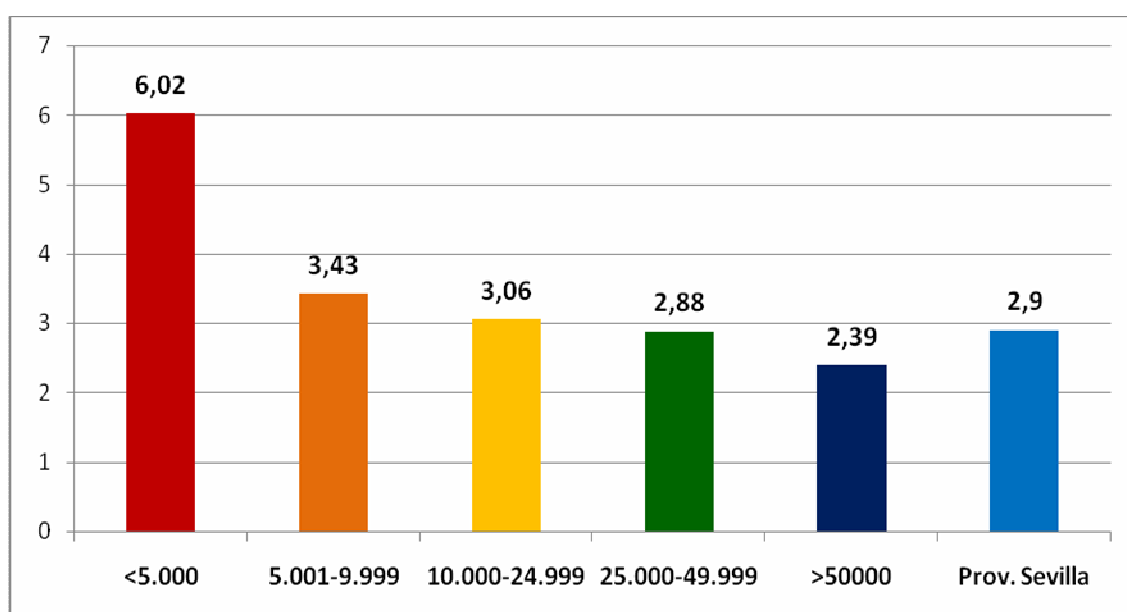
Perfil de la persona solicitante



Fuente: Fuente elaboración propia con datos del SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

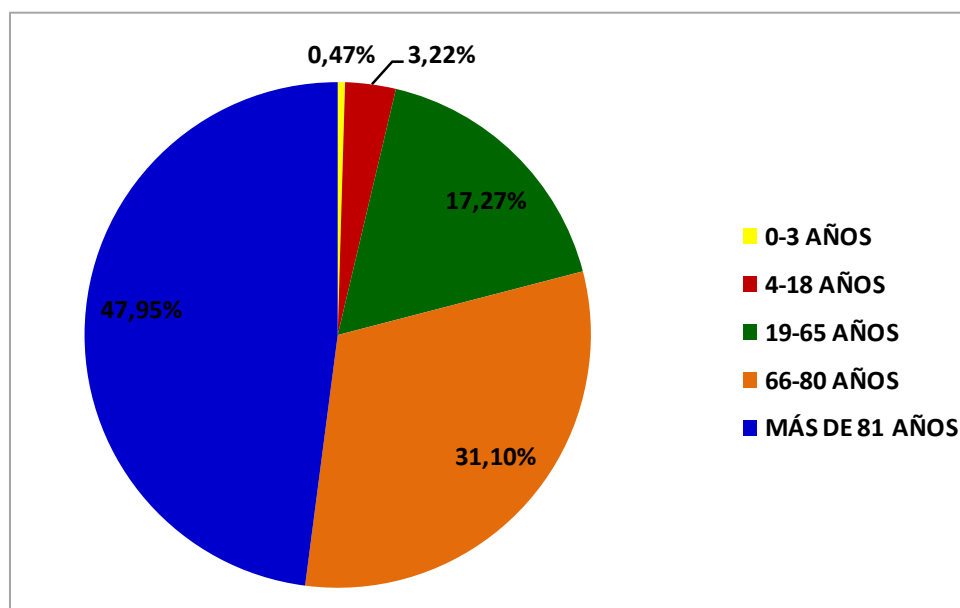
Otro aspecto a tener en cuenta en los resultados es que los municipios que más solicitudes cursan son los de menos de 5.000 habitantes con un 6,02% por cada 100 habitantes, lo cual lo interpretamos como un mayor envejecimiento de estas poblaciones y convenientemente más solicitudes, como se puede observar en las siguientes Figuras Nº 12 y 13 y en los mapas nº 3 y 4.

Figura Nº 12 Solicitudes por cada 100 habitantes por tramos de población municipios de Sevilla.



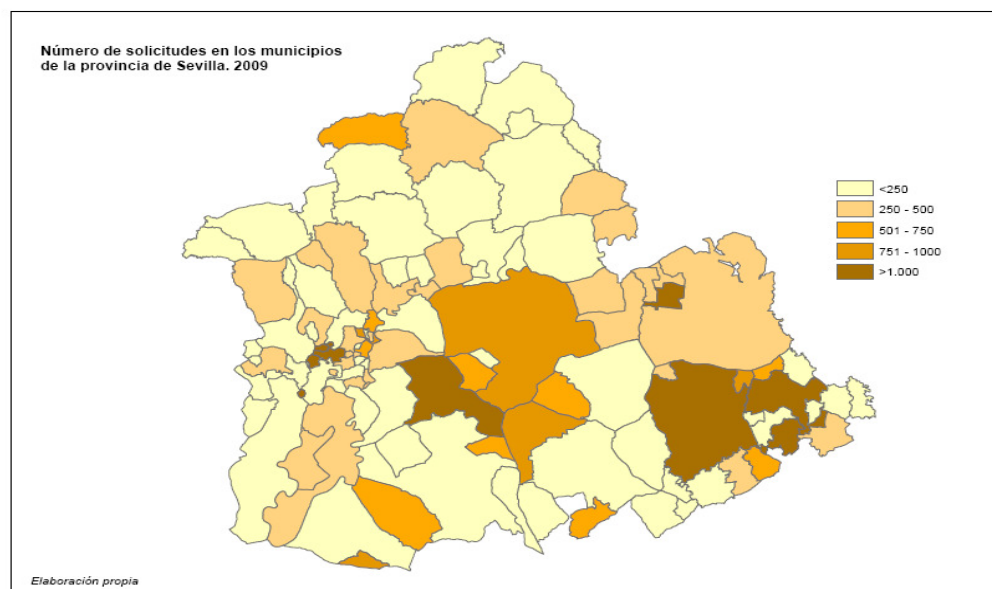
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social (2009)

Figura 13 . Edades por tramos de los solicitantes en los municipios de Sevilla (en %).



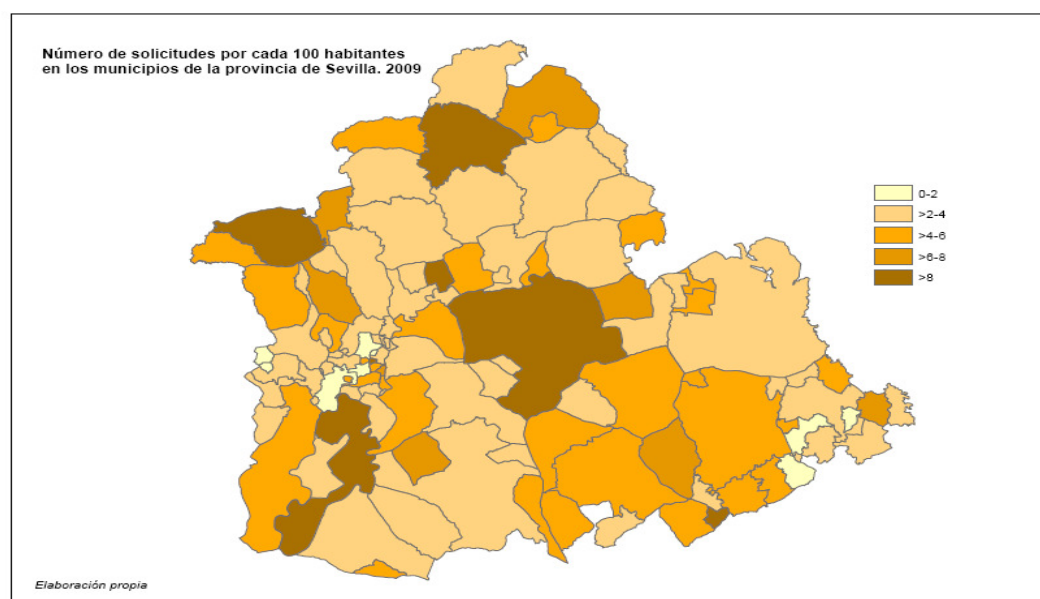
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social (2009)

Mapa Nº 3 Número de solicitudes en los municipios de la provincia de Sevilla



Elaboración propia

Mapa Nº 4 Número de solicitudes por cada 100 habitantes en los municipios de la provincia de Sevilla.

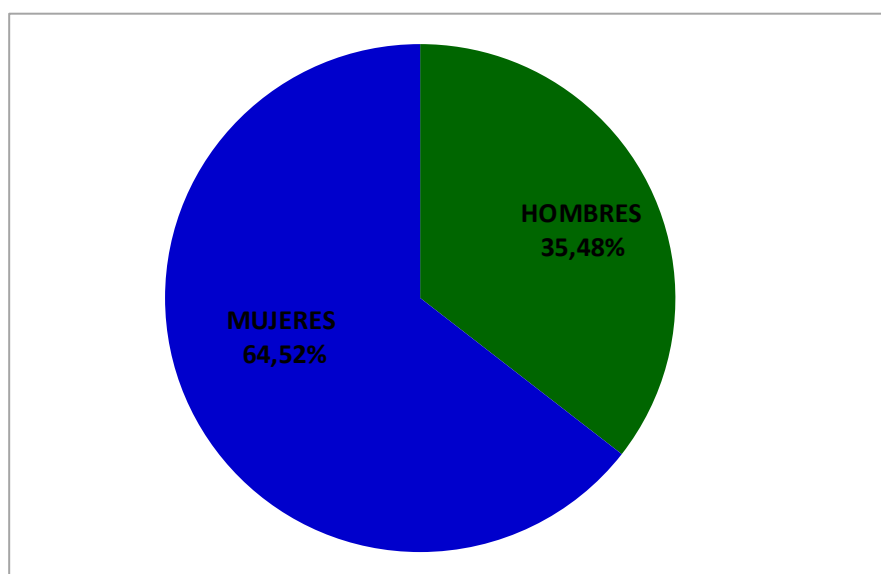


Elaboración propia

En cuanto al género se observa, también, un mayor porcentaje de mujeres que de hombres 64,52% frente al 35,48% .

Volviéndose a repetir la tendencia de que son las personas más mayores y las mujeres las que más solicitan. Ello se debe a razones ya expuestas en las páginas anteriores tales como la feminización del envejecimiento y de las solicitudes (véase figura nº 14)

Figura 14 Solicitudes por sexo del solicitante (en %)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social (2009)

8.2 VALORACIONES Y DICTÁMENES

En primer lugar se muestran los resultados de la B.V.D. (Baremación de la valoración de la dependencia) en la provincia de Sevilla, así como los Dictámenes realizados, para terminar exponiendo los datos autonómicos y nacionales.

En cuanto a la valoración, según aparece en las tablas Nº 13 y 14 y en los mapas nº 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, y 12 se observa que existen 27.275 valoraciones de Gran Dependencia; 16.547 con Dependencia Severa; 9.258 con Dependencia Moderada y 3.805 valoradas sin grado. Esto supone que los grados y niveles en Sevilla y Provincia en (% sobre valoraciones) a fecha de 2010 son las siguientes: 47,95% valorada Gran Dependencia; 29,09% como Dependencia Severa; 16,27% como Dependencia Moderada y el 6,69% valoradas sin grado.

Tabla Nº 13 VALORACIÓN

Grados y niveles en Sevilla y provincia 2010				
Municipio	Gran Dependencia	Dependencia Severa	Dependencia Moderada	Sin grado
Aguadulce	37	24	23	6
Alanís	34	63	30	2
Albaida del Aljarafe	55	26	6	2
Alcalá de Guadaíra	942	650	257	90
Alcalá del Río	263	44	31	20
Alcolea del Río	42	85	48	15
Algaba (La)	269	182	61	15
Algámitas	44	35	27	26
Almadén de la Plata	20	35	17	6
Almensilla	43	37	26	33
Arahal	368	317	185	23
Aznalcázar	88	66	23	9
Aznalcóllar	135	77	69	24
Badolatosa	32	20	24	8
Benacazón	80	48	25	5
Bollullos de la Mitación	63	64	49	9
Bormujos	146	92	52	26
Brenes	248	54	23	10
Burguillos	68	54	25	2
Cabezas de San Juan (Las)	248	226	136	35

Camas	311	175	155	112
Campana (La)	195	117	29	18
Cantillana	112	143	150	47
Carmona	448	260	135	39
Carrión de los Céspedes	74	38	13	1
Casariche	62	46	41	10
Castilblanco de los Arroyos	75	56	56	8
Castilleja de Guzmán	19	8	9	1
Castilleja de la Cuesta	250	129	42	5
Castilleja del Campo	12	14	10	0
Castillo de las Guardas (El)	47	31	25	7
Cazalla de la Sierra	123	166	71	21
Constantina	118	86	32	12
Coria del Río	362	190	78	25
Coripe	33	19	10	2
Coronil (El)	149	39	39	20
Corrales (Los)	54	39	55	28
Dos Hermanas	1349	875	567	374
Écija	854	483	221	76
Espartinas	197	90	41	15
Estepa	186	88	65	14
Fuentes de Andalucía	91	83	74	32
Garrobo (El)	25	21	15	2
Gelves	49	41	38	31
Gerena	163	76	36	9
Gilena	55	30	16	4
Gines	123	115	47	16
Guadalcanal	68	79	44	9
Guillena	138	119	66	21
Herrera	143	73	53	17
Huévar del Aljarafe	72	42	16	5
Lantejuela (La)	55	42	29	17
Lebrija	602	401	176	49
Lora de Estepa	10	9	9	4
Lora del Río	293	211	71	35
Luisiana (La)	60	38	58	47
Madroño (El)	8	4	3	1
Mairena del Alcor	282	150	132	68
Mairena del Aljarafe	377	213	90	35
Marchena	327	169	104	27
Marinaleda	30	39	51	8
Martín de la Jara	51	24	39	30
Molares (Los)	47	18	17	5
Montellano	180	96	51	31
Morón de la Frontera	845	230	113	51
Navas de la Concepción (Las)	64	55	11	1
Olivares	238	120	32	9
Osuna	260	189	142	33
Palacios y Villafranca	607	433	216	86

(Los)				
Palomares del Río	73	45	28	8
Paradas	134	125	69	24
Pedreira	74	37	23	7
Pedroso (El)	34	68	25	2
Peñaflor	90	95	36	16
Pilas	225	125	41	1
Pruna	72	44	86	72
Puebla de Cazalla (La)	177	192	189	89
Puebla de los Infantes (La)	95	93	25	3
Puebla del Río (La)	177	87	33	17
Real de la Jara (El)	39	33	24	9
Rinconada (La)	367	358	186	63
Roda de Andalucía (La)	82	42	39	19
Ronquillo (El)	45	15	15	5
Rubio (El)	63	42	24	7
Salteras	136	53	13	8
San Juan de Aznalfarache	360	260	103	38
Sanlúcar la Mayor	171	124	80	31
San Nicolás del Puerto	16	11	4	0
Santiponce	114	67	38	13
Saucejo (El)	62	46	63	50
Sevilla	8743	4648	2413	1093
Tocina	93	127	90	19
Tomares	202	104	42	13
Umbrete	90	75	52	17
Utrera	760	433	240	75
Valencina de la Concepción	74	66	53	13
Villamanrique de la Condesa	68	44	13	3
Villanueva del Ariscal	145	58	15	2
Villanueva del Río y Minas	117	119	117	35
Villanueva de San Juan	28	27	27	36
Villaverde del Río	228	56	21	7
Viso del Alcor (El)	371	229	174	68
Cañada Rosal	37	32	38	26
Isla Mayor	60	36	16	4
Cuervo de Sevilla (El)	135	120	73	28
Total	27.275	16.547	9.258	3.805

Fuente: Fuente elaboración propia con datos de los datos de la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social (2010).

Tabla Nº 14

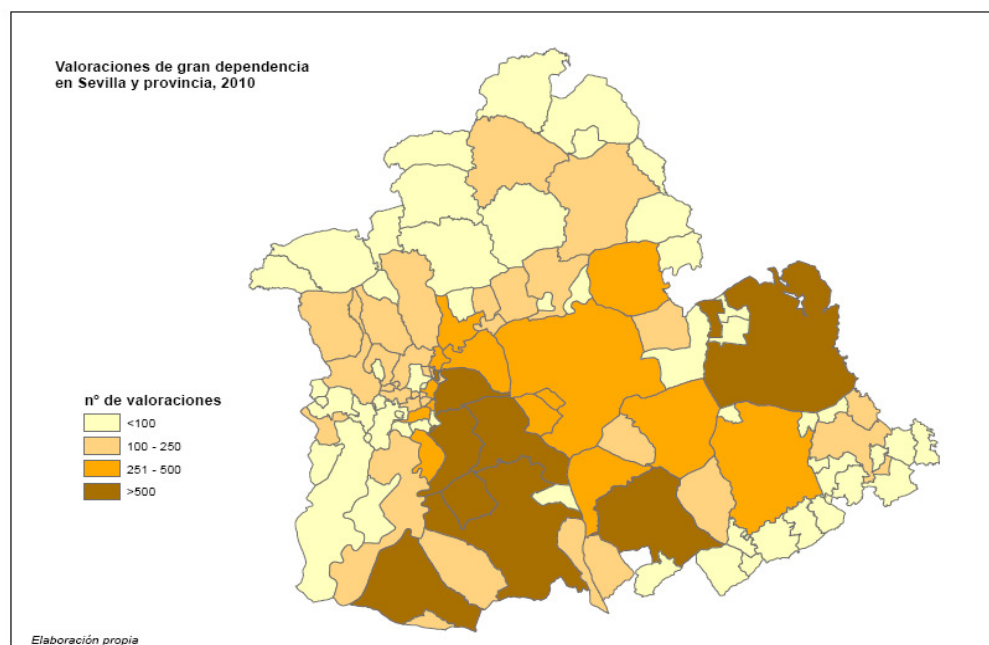
Grados y niveles en Sevilla y provincia (% sobre valoraciones) 2010				
Municipio	Gran Dependencia	Dependencia Severa	Dependencia Moderada	Sin grado
Aguadulce	41,11%	26,67%	25,56%	6,67%
Alanís	26,36%	48,84%	23,26%	1,55%
Albaida del Aljarafe	61,80%	29,21%	6,74%	2,25%
Alcalá de Guadaíra	48,58%	33,52%	13,25%	4,64%
Alcalá del Río	73,46%	12,29%	8,66%	5,59%
Alcolea del Río	22,11%	44,74%	25,26%	7,89%
Algaba (La)	51,04%	34,54%	11,57%	2,85%
Algámitas	33,33%	26,52%	20,45%	19,70%
Almadén de la Plata	25,64%	44,87%	21,79%	7,69%
Almensilla	30,94%	26,62%	18,71%	23,74%
Arahal	41,21%	35,50%	20,72%	2,58%
Aznalcázar	47,31%	35,48%	12,37%	4,84%
Aznalcóllar	44,26%	25,25%	22,62%	7,87%
Badolatosa	38,10%	23,81%	28,57%	9,52%
Benacazón	50,63%	30,38%	15,82%	3,16%
Bollullos de la Mitación	34,05%	34,59%	26,49%	4,86%
Bormujos	46,20%	29,11%	16,46%	8,23%
Brenes	74,03%	16,12%	6,87%	2,99%
Burguillos	45,64%	36,24%	16,78%	1,34%
Cabezas de San Juan (Las)	38,45%	35,04%	21,09%	5,43%
Camas	41,30%	23,24%	20,58%	14,87%
Campana (La)	54,32%	32,59%	8,08%	5,01%
Cantillana	24,78%	31,64%	33,19%	10,40%
Carmona	50,79%	29,48%	15,31%	4,42%
Carrión de los Céspedes	58,73%	30,16%	10,32%	0,79%
Casariche	38,99%	28,93%	25,79%	6,29%
Castilblanco de los Arroyos	38,46%	28,72%	28,72%	4,10%
Castilleja de Guzmán	51,35%	21,62%	24,32%	2,70%
Castilleja de la Cuesta	58,69%	30,28%	9,86%	1,17%
Castilleja del Campo	33,33%	38,89%	27,78%	0,00%
Castillo de las Guardas (El)	42,73%	28,18%	22,73%	6,36%
Cazalla de la Sierra	32,28%	43,57%	18,64%	5,51%
Constantina	47,58%	34,68%	12,90%	4,84%
Coria del Río	55,27%	29,01%	11,91%	3,82%
Coripe	51,56%	29,69%	15,63%	3,13%
Coronil (El)	60,32%	15,79%	15,79%	8,10%
Corrales (Los)	30,68%	22,16%	31,25%	15,91%
Dos Hermanas	42,62%	27,65%	17,91%	11,82%
Écija	52,26%	29,56%	13,53%	4,65%
Espartinas	57,43%	26,24%	11,95%	4,37%
Estepa	52,69%	24,93%	18,41%	3,97%

Fuentes de Andalucía	32,50%	29,64%	26,43%	11,43%
Garrobo (El)	39,68%	33,33%	23,81%	3,17%
Gelves	30,82%	25,79%	23,90%	19,50%
Gerena	57,39%	26,76%	12,68%	3,17%
Gilena	52,38%	28,57%	15,24%	3,81%
Gines	40,86%	38,21%	15,61%	5,32%
Guadalcanal	34,00%	39,50%	22,00%	4,50%
Guillena	40,12%	34,59%	19,19%	6,10%
Herrera	50,00%	25,52%	18,53%	5,94%
Huérvar del Aljarafe	53,33%	31,11%	11,85%	3,70%
Lantejuela (La)	38,46%	29,37%	20,28%	11,89%
Lebrija	49,02%	32,65%	14,33%	3,99%
Lora de Estepa	31,25%	28,13%	28,13%	12,50%
Lora del Río	48,03%	34,59%	11,64%	5,74%
Luisiana (La)	29,56%	18,72%	28,57%	23,15%
Madroño (El)	50,00%	25,00%	18,75%	6,25%
Mairena del Alcor	44,62%	23,73%	20,89%	10,76%
Mairena del Aljarafe	52,73%	29,79%	12,59%	4,90%
Marchena	52,15%	26,95%	16,59%	4,31%
Marinaleda	23,44%	30,47%	39,84%	6,25%
Martín de la Jara	35,42%	16,67%	27,08%	20,83%
Molares (Los)	54,02%	20,69%	19,54%	5,75%
Montellano	50,28%	26,82%	14,25%	8,66%
Morón de la Frontera	68,20%	18,56%	9,12%	4,12%
Navas de la Concepción (Las)	48,85%	41,98%	8,40%	0,76%
Olivares	59,65%	30,08%	8,02%	2,26%
Osuna	41,67%	30,29%	22,76%	5,29%
Palacios y Villafranca (Los)	45,23%	32,27%	16,10%	6,41%
Palomares del Río	47,40%	29,22%	18,18%	5,19%
Paradas	38,07%	35,51%	19,60%	6,82%
Pedraera	52,48%	26,24%	16,31%	4,96%
Pedroso (El)	26,36%	52,71%	19,38%	1,55%
Peñaflor	37,97%	40,08%	15,19%	6,75%
Pilas	57,40%	31,89%	10,46%	0,26%
Pruna	26,28%	16,06%	31,39%	26,28%
Puebla de Cazalla (La)	27,36%	29,68%	29,21%	13,76%
Puebla de los Infantes (La)	43,98%	43,06%	11,57%	1,39%
Puebla del Río (La)	56,37%	27,71%	10,51%	5,41%
Real de la Jara (El)	37,14%	31,43%	22,86%	8,57%
Rinconada (La)	37,68%	36,76%	19,10%	6,47%
Roda de Andalucía (La)	45,05%	23,08%	21,43%	10,44%
Ronquillo (El)	56,25%	18,75%	18,75%	6,25%
Rubio (El)	46,32%	30,88%	17,65%	5,15%
Salteras	64,76%	25,24%	6,19%	3,81%
San Juan de Aznalfarache	47,31%	34,17%	13,53%	4,99%
Sanlúcar la Mayor	42,12%	30,54%	19,70%	7,64%
San Nicolás del Puerto	51,61%	35,48%	12,90%	0,00%
Santiponce	49,14%	28,88%	16,38%	5,60%

Saucejo (El)	28,05%	20,81%	28,51%	22,62%
Sevilla	51,74%	27,51%	14,28%	6,47%
Tocina	28,27%	38,60%	27,36%	5,78%
Tomares	55,96%	28,81%	11,63%	3,60%
Umbrete	38,46%	32,05%	22,22%	7,26%
Utrera	50,40%	28,71%	15,92%	4,97%
Valencina de la Concepción	35,92%	32,04%	25,73%	6,31%
Villamanrique de la Condesa	53,13%	34,38%	10,16%	2,34%
Villanueva del Ariscal	65,91%	26,36%	6,82%	0,91%
Villanueva del Río y Minas	30,15%	30,67%	30,15%	9,02%
Villanueva de San Juan	23,73%	22,88%	22,88%	30,51%
Villaverde del Río	73,08%	17,95%	6,73%	2,24%
Viso del Alcor (El)	44,06%	27,20%	20,67%	8,08%
Cañada Rosal	27,82%	24,06%	28,57%	19,55%
Isla Mayor	51,72%	31,03%	13,79%	3,45%
Cuervo de Sevilla (El)	37,92%	33,71%	20,51%	7,87%
Total	47,95%	29,09%	16,27%	6,69%

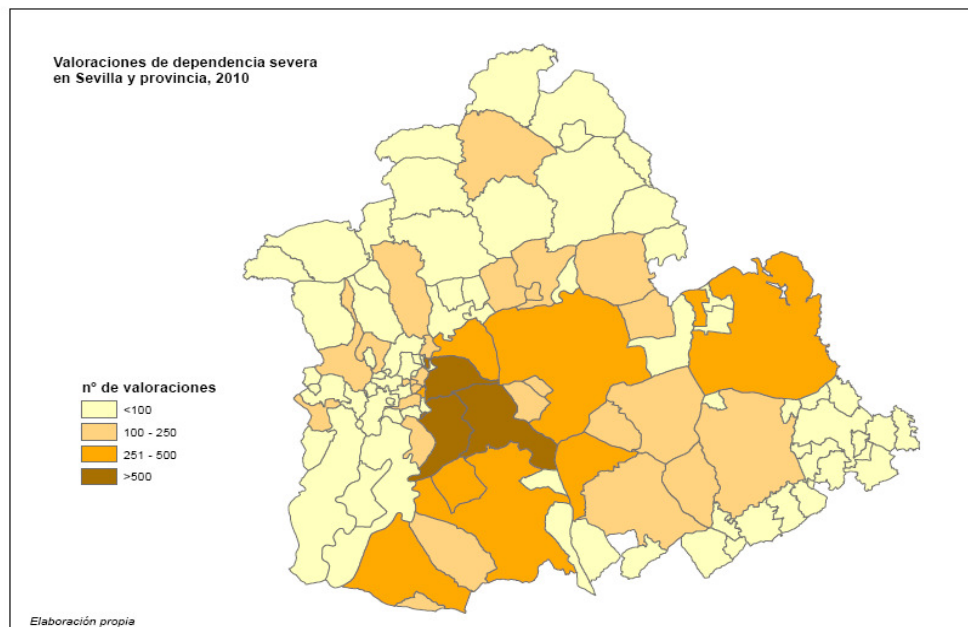
Fuente: Fuente elaboración propia con datos de los datos de la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social (2010).

Mapa 5 Valoraciones de gran dependencia en Sevilla y provincia 2010



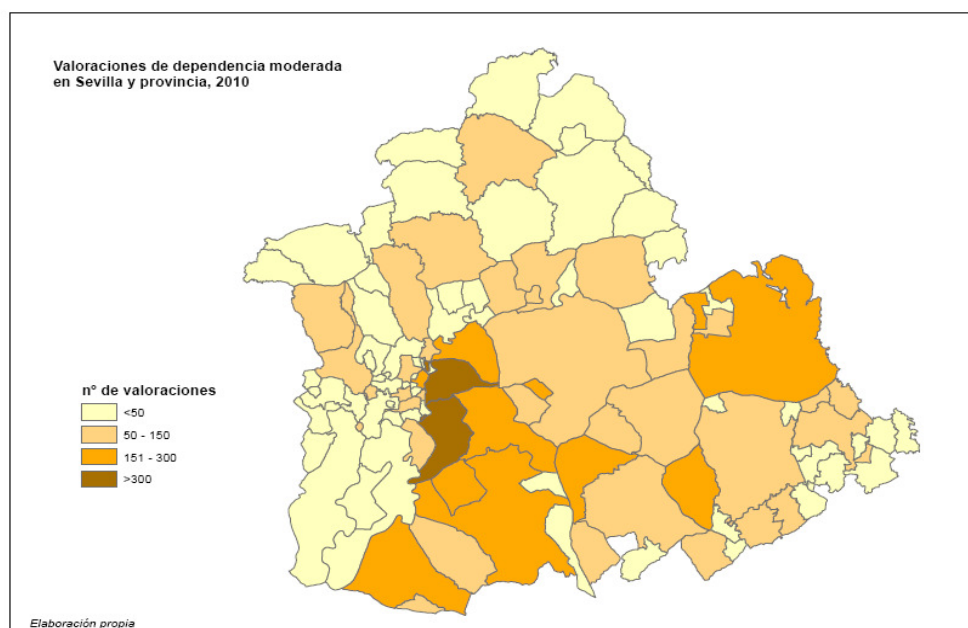
Elaboración propia

Mapa Nº 6 Valoraciones de dependencia severa en Sevilla y provincia 2010



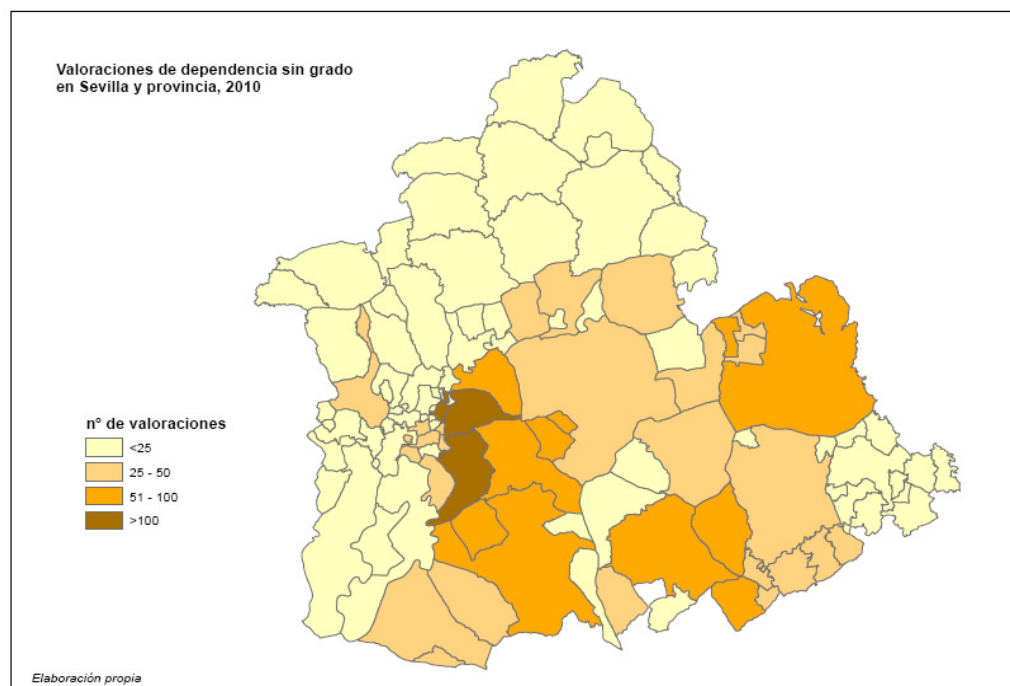
Elaboración propia

Mapa 7. Valoraciones de dependencia moderada en Sevilla y provincia 2010



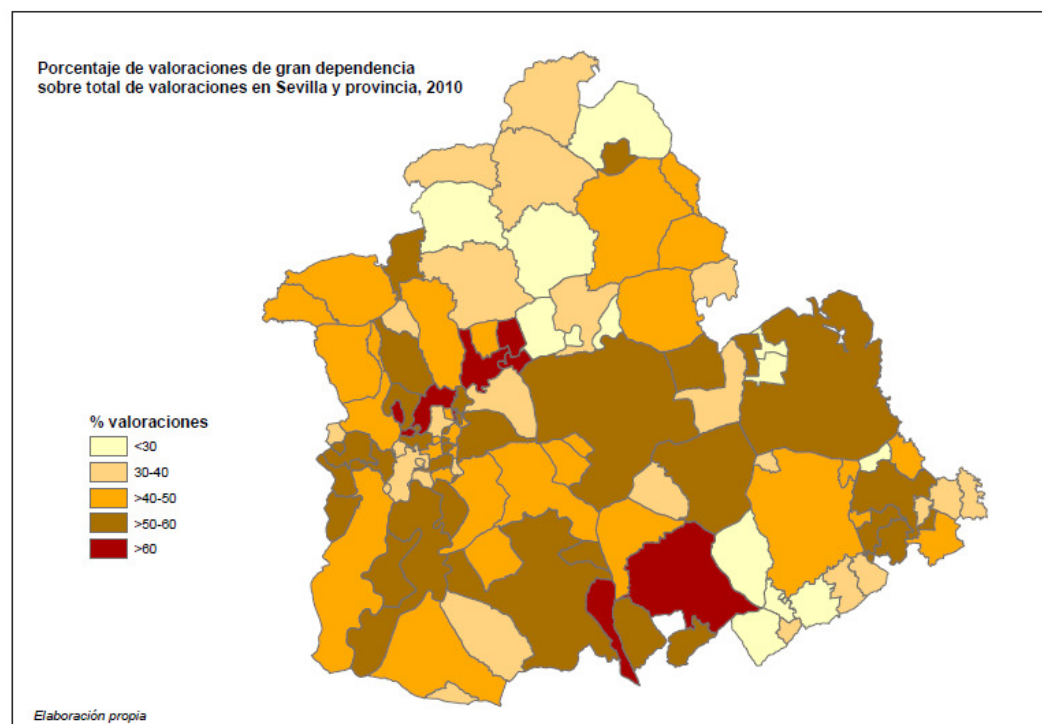
Elaboración propia

Mapa Nº 8 Valoraciones de dependencia sin grado en Sevilla y provincia 2010



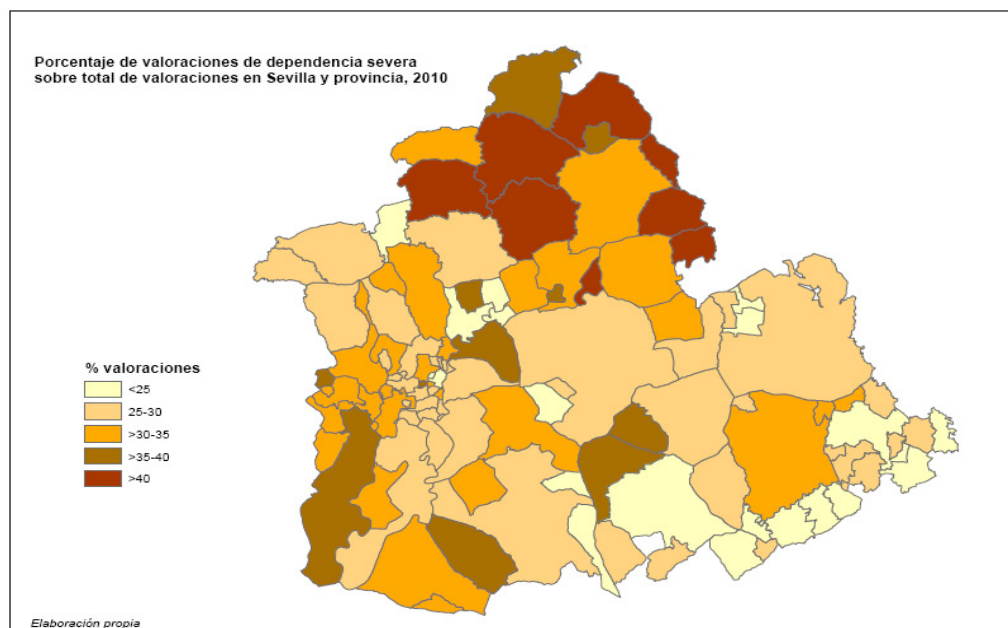
Elaboración propia

Mapa Nº 9. Porcentaje de valoraciones de gran dependencia sobre el total de valoraciones en Sevilla y provincia de 2010



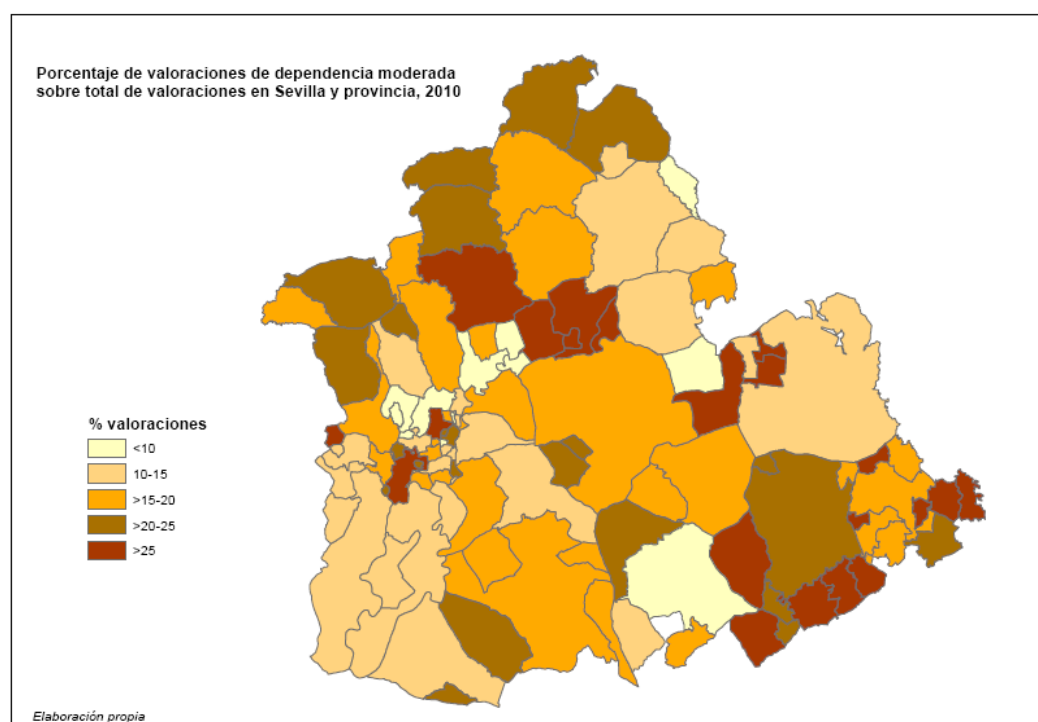
Elaboración propia

Mapa Nº 10. Porcentaje de valoraciones de dependencia severa sobre total de valoraciones en Sevilla y provincia, 2010.



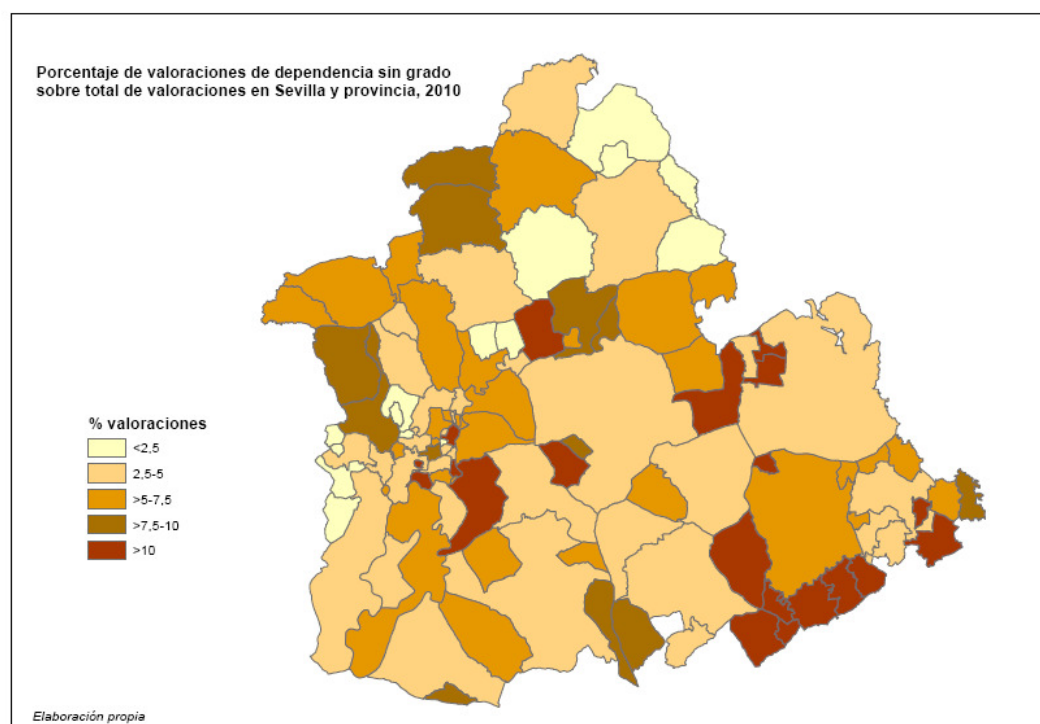
Elaboración propia

Mapa Nº 11. Porcentaje de valoraciones de dependencia moderada sobre total de valoraciones en Sevilla y provincia, 2010



Elaboración propia.

Mapa Nº 12. Porcentaje de valoraciones de dependencia sin grado sobre total de valoraciones en Sevilla y provincia, 2010.



Elaboración propia.

Respecto a los dictámenes realizados a fecha de Julio de 2010 en Sevilla y provincia, se observa un total de 70.761 solicitudes sobre las que se emitieron 56.885 dictámenes, esto se corresponde como 80,39 de dictámenes sobre solicitudes y con el 2,99 de dictámenes por cada 100 habitantes. Lo cual pone de relieve un elevado número de dictámenes sobre las solicitudes como aparece en la siguiente tabla Nº 15 y en los mapas nº 13 y 14.

Tabla Nº 15

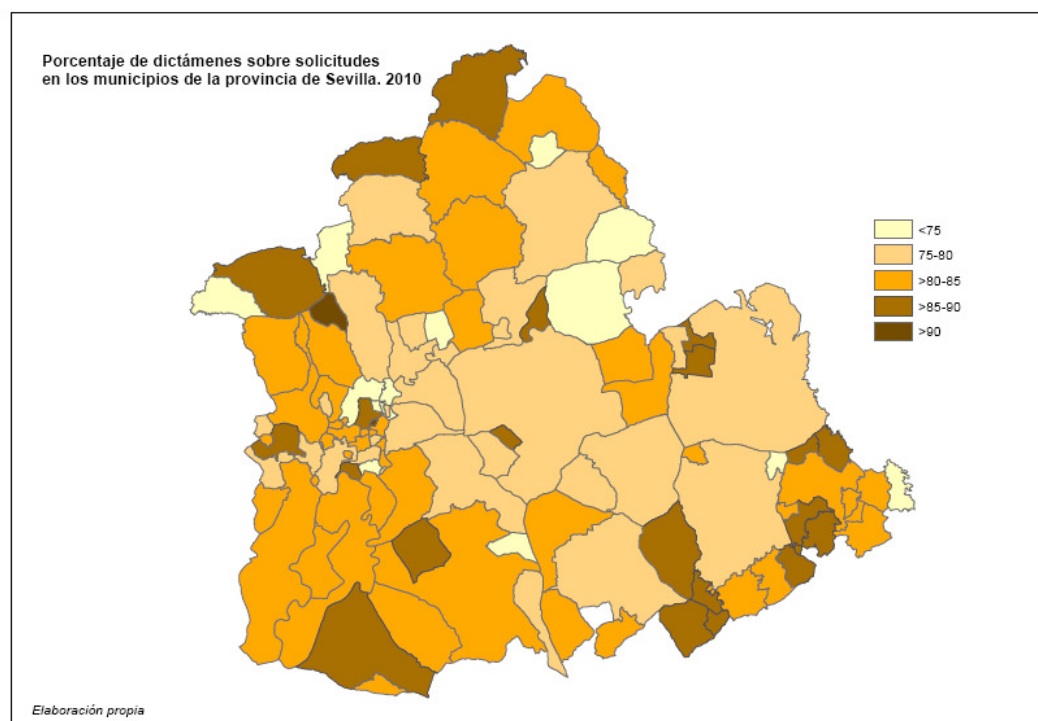
Dictámenes en Sevilla y provincia 2010				
Municipio	Nº Solicitudes	Nº Dictámenes	% Dictámenes sobre solicitudes	Dictámenes por cada 100 habitantes
Aguadulce	112	90	80,36	4,24
Alanís	157	129	82,17	6,81
Albaida del Aljarafe	117	89	76,07	3,09
Alcalá de Guadaíra	2444	1939	79,34	2,76
Alcalá del Río	462	358	77,49	3,29
Alcolea del Río	212	190	89,62	5,60
Algaba (La)	712	527	74,02	3,53
Algámitas	149	132	88,59	9,68
Almadén de la Plata	102	78	76,47	5,09
Almensilla	160	139	86,88	2,48
Arahal	1073	893	83,22	4,64
Aznalcázar	227	186	81,94	4,58
Aznalcóllar	363	305	84,02	4,93
Badolatosa	130	84	64,62	2,61
Benacazón	199	158	79,40	2,46
Bollullos de la Mitación	246	185	75,20	2,09
Bormujos	387	316	81,65	1,70
Brenes	442	335	75,79	2,69
Burguillos	198	149	75,25	2,58
Cabezas de San Juan (Las)	783	645	82,38	3,92
Camas	905	753	83,20	2,89
Campana (La)	437	359	82,15	6,56
Cantillana	535	452	84,49	4,25
Carmona	1136	882	77,64	3,11
Carrión de los Céspedes	153	126	82,35	5,07
Casariche	197	159	80,71	2,84
Castilblanco de los Arroyos	243	195	80,25	3,79
Castilleja de Guzmán	41	37	90,24	1,35
Castilleja de la Cuesta	505	426	84,36	2,48
Castilleja del Campo	47	36	76,60	5,66
Castillo de las Guardas (El)	126	110	87,30	6,82
Cazalla de la Sierra	457	381	83,37	7,57
Constantina	310	248	80,00	3,76
Coria del Río	793	655	82,60	2,33
Coripe	78	64	82,05	4,38
Coronil (El)	326	247	75,77	4,89
Corrales (Los)	213	176	82,63	4,32
Dos Hermanas	3895	3165	81,26	2,57
Écija	2115	1634	77,26	4,04
Espartinas	408	343	84,07	2,71
Estepa	426	353	82,86	2,79
Fuentes de Andalucía	342	280	81,87	3,81

Garrobo (El)	68	63	92,65	8,03
Gelves	197	159	80,71	1,75
Gerena	344	284	82,56	4,37
Gilena	122	105	86,07	2,67
Gines	356	301	84,55	2,33
Guadalcanal	231	200	86,58	6,73
Guillena	455	344	75,60	3,10
Herrera	321	286	89,10	4,38
Huérvar del Aljarafe	156	135	86,54	5,24
Lantejuela (La)	172	143	83,14	3,68
Lebrija	1434	1228	85,63	4,65
Lora de Estepa	38	32	84,21	3,73
Lora del Río	819	610	74,48	3,15
Luisiana (La)	238	203	85,29	4,41
Madroño (El)	22	16	72,73	4,60
Mairena del Alcor	793	632	79,70	3,08
Mairena del Aljarafe	911	715	78,49	1,76
Marchena	786	627	79,77	3,17
Marinaleda	145	128	88,28	4,70
Martín de la Jara	168	144	85,71	5,16
Molares (Los)	117	87	74,36	2,73
Montellano	441	358	81,18	5,02
Morón de la Frontera	1584	1239	78,22	4,35
Navas de la Concepción (Las)	163	131	80,37	7,49
Olivares	489	399	81,60	4,24
Osuna	783	624	79,69	3,50
Palacios y Villafranca (Los)	1531	1342	87,66	3,64
Palomares del Río	216	154	71,30	2,26
Paradas	449	352	78,40	4,98
Pedraera	164	141	85,98	2,65
Pedroso (El)	161	129	80,12	5,69
Peñaflor	304	237	77,96	6,22
Pilas	495	392	79,19	2,93
Pruna	308	274	88,96	9,41
Puebla de Cazalla (La)	748	647	86,50	5,71
Puebla de los Infantes (La)	299	216	72,24	6,62
Puebla del Río (La)	384	314	81,77	2,59
Real de la Jara (El)	120	105	87,50	6,46
Rinconada (La)	1232	974	79,06	2,71
Roda de Andalucía (La)	220	182	82,73	4,12
Ronquillo (El)	108	80	74,07	5,62
Rubio (El)	185	136	73,51	3,79
Salteras	288	210	72,92	4,19
San Juan de Aznalfarache	924	761	82,36	3,66
Sanlúcar la Mayor	492	406	82,52	3,18
San Nicolás del Puerto	45	31	68,89	4,68
Santiponce	313	232	74,12	2,85
Saucejo (El)	265	221	83,40	4,93
Sevilla	21384	16897	79,02	2,40

Tocina	424	329	77,59	3,48
Tomares	452	361	79,87	1,59
Umbrete	288	234	81,25	3,04
Utrera	1854	1508	81,34	2,98
Valencina de la Concepción	231	206	89,18	2,58
Villamanrique de la Condesa	158	128	81,01	3,10
Villanueva del Ariscal	271	220	81,18	3,64
Villanueva del Río y Minas	508	388	76,38	7,34
Villanueva de San Juan	134	118	88,06	8,56
Villaverde del Río	417	312	74,82	4,25
Viso del Alcor (El)	957	842	87,98	4,59
Cañada Rosal	155	133	85,81	4,16
Isla Mayor	140	116	82,86	1,98
Cuervo de Sevilla (El)	421	356	84,56	4,16
Total	70.761	56.885	80,39	2,99

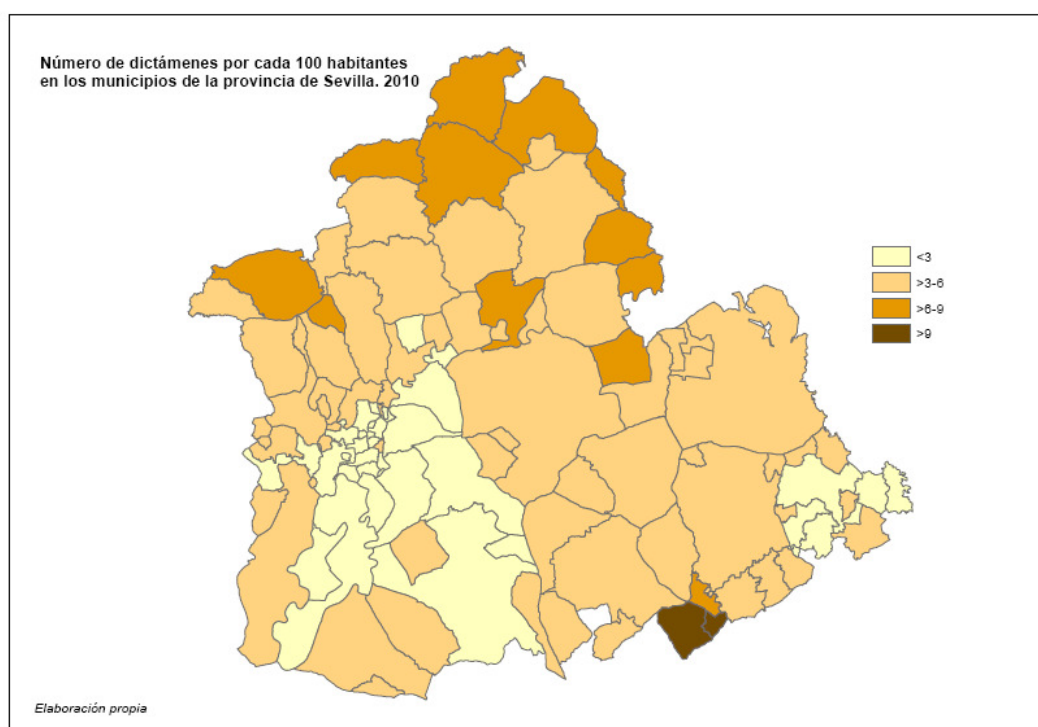
Fuente: Fuente elaboración propia con datos de los datos de la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social (2010).

Mapa Nº 13. Porcentaje de dictámenes sobre solicitudes en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010.



Elaboración propia

Mapa Nº 14. Número de dictámenes por cada 100 habitantes en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010.



Elaboración propia.

Por otra parte si analizamos los Grados y Niveles procedente de los Dictámenes realizados en las diferentes C.C.A.A. observamos que Andalucía es la región autónoma que tiene un mayor número de Dictámenes con 292.879 de los cuales: 55.999 son de Grado III nivel 2; 57.721 son de grado III nivel 1; 37.900 son de Grado II nivel 2; 51.104 son de Grado II nivel 1; 28.414 son de Grado I nivel 2; 33.899 son de Grado I nivel 1 y 27.842 sin grado.

Para terminar, si tenemos en cuenta que el total nacional son 1.045.896 y el andaluz 292.879, quiere decir que representamos más de un cuarto de los dictámenes realizados en España, como puede observarse en la siguiente tabla Nº 16:

Tabla Nº 16 : GRADOS Y NIVELES

ÁMBITO TERRITORIAL	DICTÁ- MENES	GRADO III Nivel 2	GRADO III Nivel 1	GRADO II Nivel 2	GRADO II Nivel 1	GRADO I Nivel 2	GRADO I Nivel 1	SIN GRADO
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Andalucía	292.879	55.999	57.721	37.900	51.104	28.414	33.899	27.842
Aragón	34.993	7.162	9.360	4.314	5.189	2.941	3.321	2.706
Asturias (Principado de)	22.301	5.015	4.705	2.465	2.953	2.030	2.578	2.555
Balears (Illes)	17.146	2.949	4.501	2.381	2.718	1.860	1.543	1.194
Canarias	19.293	5.894	5.244	2.376	2.256	1.199	1.186	1.138
Cantabria	16.778	3.831	4.161	2.517	2.621	1.059	1.183	1.406
Castilla y León	58.218	13.789	14.678	7.450	7.461	4.096	4.170	6.574
Castilla-La Mancha	57.280	10.735	13.678	6.762	8.547	5.223	6.765	5.570
Cataluña	175.080	33.461	47.380	24.733	27.290	12.968	16.185	13.063
Comunitat Valenciana	85.631	15.734	18.376	10.955	13.246	7.173	9.414	10.733
Extremadura	25.631	6.271	6.233	2.871	3.236	1.929	2.563	2.528
Galicia	56.547	14.965	13.788	7.702	8.059	3.980	4.689	3.364
Madrid (Comunidad de)	63.917	17.646	13.729	12.954	5.395	4.102	4.210	5.881
Murcia (Región de)	20.050	6.774	6.204	3.557	3.515	0	0	0
Navarra (Comunidad Foral de)	17.603	2.653	2.074	2.177	3.182	2.012	3.026	2.479
País Vasco	69.296	8.962	13.590	8.300	10.726	7.218	10.036	10.464
Rioja (La)	10.487	2.740	2.220	1.237	1.521	818	1.041	910
Ceuta y Melilla	2.766	391	503	347	388	280	369	488
TOTAL	1.045.896	214.971	238.145	140.998	159.407	87.302	106.178	98.895

Fuente: SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación (2010)

8.3 PRESTACIONES Y BENEFICIARIOS/ AS

Las prestaciones y beneficiarios/as será el final del proceso y vendrá como consecuencia de la determinación de la situación de dependencia, una vez aplicado el B.V.D (baremo de valoración de la dependencia) y tendrá por objetivo el disfrute de cualquier beneficio, servicios o ayuda establecida por cualquier administración pública o entidad en los casos en los que sea necesario la acreditación de ayuda de tercera persona (B.O.E. nº 96 ; 21 de Abril 2007; pág. 17.647).

Si analizamos las prestaciones reconocidas por las diferentes comunidades autónomas de nuestro país en las tablas 17 y 18 observamos que Andalucía es la región que más prestaciones concede en cuatro de las siete ayudas consignadas; tales como: teleasistencia con el 82,1% ; ayuda a domicilio con el 54,2%; centros de Día y Noche con el 27,6% ; prestaciones especiales de cuidados especiales con el 31,1% ; atención residencial el 16,0% y solo es superada ligeramente por la Comunidad Autónoma de Madrid con el 16,3%; P.E. vinculada a servicio sólo superada por Aragón 10,05 , Castilla y León 23,1% y Cataluña 26,8%; y por último prestaciones de asistencia personal con el 4,6% ampliamente superada por el País Vasco con el 77;9% seguido a distancia de Castilla y León con un 4,9%.

Estos datos vienen a confirmar claramente que las prestaciones, que en la Comunidad Autónoma Andaluza se conceden , superan ampliamente las de las otras comunidades autónomas. Datos que interpretamos como una apuesta del gobierno andaluz por apoyar la ley de la dependencia mediante la difusión, información a posibles usuarios/as y apoyos generalizados. También habría que tener en cuenta la colaboración de los gobiernos locales.

PRESTACIONES RECONOCIDAS EN LAS C.C. A. A.

Tabla Nº 17

ÁMBITO TERRITORIAL	PRESTACIONES							
	Prevención, Dependencia y promoción Autonomía Personal		Teleasistencia		Ayuda a Domicilio		Centros de Día/Noche	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Andalucía	5	0,2%	43.883	82,1%	34.056	54,2%	8.229	27,6%
Aragón	0	0%	0	0%	0	0%	662	2,2%
Asturias (Principado de)	0	0%	170	0,3%	1.030	1,6%	878	2,9%
Balears (Illes)	0	0%	0	0%	0	0%	407	1,4%
Canarias	0	0%	0	0%	0	0%	1.158	3,9%
Cantabria	0	0%	11	0%	526	0,8%	924	3,1%
Castilla y León	1.801	59%	787	1%	2.791	4%	2.302	7,7%
Castilla-La Mancha	59	2%	2.258	4,2%	3.505	6%	764	3%
Cataluña	0	0%	6	0%	7.887	12,6%	2.310	7,7%
Comunitat Valenciana	1	0,0%	0	0%	0	0%	833	2,8%
Extremadura	575	18,9%	346	1%	1.058	1,7%	371	1,2%
Galicia	36	1,2%	126	0,2%	4.705	7,5%	1.385	4,6%
Madrid (Comunidad de)	0	0%	452	1%	1.106	2%	4.155	13,9%
Murcia (Región de)	0	0%	1.124	2%	0	0%	35	0%
Navarra (Comunidad Foral de)	0	0%	137	0%	7	0,0%	171	1%
País Vasco	0	0%	3.731	7,0%	4.622	7,4%	4.617	15,5%
Rioja (La)	414	14%	338	1%	1.435	2%	586	2,0%
Ceuta y Melilla	154	5%	68	0,1%	60	0,1%	29	0,1%
TOTAL	3.045	100%	53.437	100%	62.788	100%	29.816	100%

Fuente: SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación (2010)

Tabla Nº 18

ÁMBITO TERRITORIAL	PRESTACIONES							
	Atención Residencial		P.E. Vinculada Servicio		P.E. Cuidados Familiares		P.E. Asist. Personal	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Andalucía	16.324	16,0%	3.481	8,7%	90.641	31,1%	32	4,6%
Aragón	2.393	2,3%	3.986	10,0%	13.416	4,6%	0	0%
Asturias (Principado de)	2.815	2,8%	1.021	2,6%	5.515	1,9%	0	0%
Balears (Illes)	1.334	1,3%	233	1%	3.809	1,3%	13	2%
Canarias	1.801	1,8%	58	0%	3.792	1,3%	0	0%
Cantabria	2.578	2,5%	0	0%	6.971	2,4%	0	0%
Castilla y León	7.394	7,2%	9.208	23,1%	16.988	5,8%	34	4,9%
Castilla-La Mancha	6.419	6,3%	1.414	3,6%	17.720	6,1%	8	1,2%
Cataluña	14.642	14,3%	10.685	26,8%	50.891	17,4%	18	2,6%
Comunitat Valenciana	9.910	9,7%	1.665	4,2%	14.002	4,8%	0	0%
Extremadura	3.187	3,1%	2.926	7,3%	6.035	2,1%	0	0%
Galicia	4.801	4,7%	1.499	3,8%	17.956	6,2%	29	4,2%
Madrid (Comunidad de)	16.614	16,3%	193	0%	5.463	2%	18	3%
Murcia (Región de)	960	1%	571	1%	12.236	4,2%	0	0%
Navarra (Comunidad Foral de)	1.062	1,0%	1.531	3,8%	5.750	2,0%	1	0%
País Vasco	8.837	8,6%	703	1,8%	15.981	5,5%	540	77,9%
Rioja (La)	998	1,0%	513	1,3%	3.446	1,2%	0	0%
Ceuta y Melilla	139	0,1%	132	0,3%	1.052	0,4%	0	0%
TOTAL	102.208	100%	39.819	100%	291.664	100%	693	100%

Fuente: SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación (2010)

Desde el punto de vista del análisis de Sevilla y provincia, si analizamos sus prestaciones y beneficiarios /as (% sobre valoraciones 2010), como aparece en la Tabla Nº 19, se puede constatar, como aspecto relevante, la proporcionalidad existente entre el número de habitantes por población y las prestaciones, así como beneficiarios/as correspondientes. Baste citar como ejemplo “Sevilla capital “ con 9.008 prestaciones y 6.249 beneficiarios/as frente a “El Madroño “ con 7 prestaciones y 7 beneficiarios. Esto se puede deber, también, a la buena colaboración de los gobiernos locales, que de forma coordinada colaboró con la administración autonómica y esta con la administración central.

Tabla Nº 19

Prestaciones y beneficiarios en Sevilla y provincia (% sobre valoraciones) 2010				
Municipio	Prestaciones	Beneficiarios	Prestaciones por beneficiario	Beneficiarios por cada 100 habitantes
Aguadulce	48	35	1,37	1,65
Alanís	54	43	1,26	2,27
Albaida del Aljarafe	55	42	1,31	1,46
Alcalá de Guadaíra	925	720	1,28	1,03
Alcalá del Río	144	114	1,26	1,05
Alcolea del Río	99	79	1,25	2,33
Algaba (La)	272	220	1,24	1,47
Algámitas	92	67	1,37	4,92
Almadén de la Plata	17	15	1,13	0,98
Almensilla	68	52	1,31	0,93
Arahal	517	384	1,35	2,00
Aznalcázar	74	57	1,30	1,40
Aznalcóllar	168	144	1,17	2,33
Badolatosa	37	31	1,19	0,96
Benacazón	73	65	1,12	1,01
Bollullos de la Mitación	95	71	1,34	0,80
Bormujos	154	125	1,23	0,67
Brenes	159	127	1,25	1,02
Burguillos	68	58	1,17	1,00
Cabezas de San Juan (Las)	353	264	1,34	1,60
Camas	444	322	1,38	1,24
Campana (La)	217	188	1,15	3,44
Cantillana	213	167	1,28	1,57
Carmona	486	373	1,30	1,32
Carrión de los Céspedes	71	56	1,27	2,25
Casarriche	71	64	1,11	1,14

Castilblanco de los Arroyos	100	77	1,30	1,50
Castilleja de Guzmán	20	15	1,33	0,55
Castilleja de la Cuesta	258	214	1,21	1,25
Castilleja del Campo	24	17	1,41	2,67
Castillo de las Guardas (El)	76	58	1,31	3,59
Cazalla de la Sierra	216	156	1,38	3,10
Constantina	118	100	1,18	1,52
Coria del Río	384	271	1,42	0,96
Coripe	44	35	1,26	2,39
Coronil (El)	129	107	1,21	2,12
Corrales (Los)	80	70	1,14	1,72
Dos Hermanas	1723	1303	1,32	1,06
Écija	899	708	1,27	1,75
Espartinas	176	153	1,15	1,21
Estepa	137	113	1,21	0,89
Fuentes de Andalucía	117	100	1,17	1,36
Garrobo (El)	50	38	1,32	4,84
Gelves	66	42	1,57	0,46
Gerena	156	124	1,26	1,91
Gilena	51	41	1,24	1,04
Gines	190	139	1,37	1,07
Guadalcanal	77	64	1,20	2,15
Guillena	174	141	1,23	1,27
Herrera	149	135	1,10	2,07
Huévar del Aljarafe	62	47	1,32	1,83
Lantejuela (La)	92	66	1,39	1,70
Lebrija	862	623	1,38	2,36
Lora de Estepa	17	14	1,21	1,63
Lora del Río	392	294	1,33	1,52
Luisiana (La)	84	71	1,18	1,54
Madroño (El)	7	7	1,00	2,01
Mairena del Alcor	300	254	1,18	1,24
Mairena del Aljarafe	458	358	1,28	0,88
Marchena	344	270	1,27	1,37
Marinaleda	44	38	1,16	1,40
Martín de la Jara	61	51	1,20	1,83
Molares (Los)	48	37	1,30	1,16
Montellano	116	103	1,13	1,45
Morón de la Frontera	871	668	1,30	2,35
Navas de la Concepción (Las)	71	63	1,13	3,60
Olivares	248	188	1,32	2,00
Osuna	343	265	1,29	1,48
Palacios y Villafranca (Los)	708	617	1,15	1,68
Palomares del Río	71	52	1,37	0,76
Paradas	180	139	1,29	1,97
Pedraera	93	75	1,24	1,41
Pedroso (El)	80	57	1,40	2,51
Peñaflor	124	105	1,18	2,75

Pilas	228	167	1,37	1,25
Pruna	9	104	0,09	3,57
Puebla de Cazalla (La)	309	229	1,35	2,02
Puebla de los Infantes (La)	109	100	1,09	3,07
Puebla del Río (La)	171	132	1,30	1,09
Real de la Jara (El)	45	40	1,13	2,46
Rinconada (La)	686	465	1,48	1,29
Roda de Andalucía (La)	97	80	1,21	1,81
Ronquillo (El)	49	46	1,07	3,23
Rubio (El)	63	55	1,15	1,53
Salteras	140	96	1,46	1,92
San Juan de Aznalfarache	507	352	1,44	1,69
Sanlúcar la Mayor	234	184	1,27	1,44
San Nicolás del Puerto	9	8	1,13	1,21
Santiponce	158	116	1,36	1,43
Saucejo (El)	98	81	1,21	1,81
Sevilla	9008	6249	1,44	0,89
Tocina	143	103	1,39	1,09
Tomares	238	170	1,40	0,75
Umbrete	117	99	1,18	1,29
Utrera	839	651	1,29	1,28
Valencina de la Concepción	116	87	1,33	1,09
Villamanrique de la Condesa	66	48	1,38	1,16
Villanueva del Ariscal	128	93	1,38	1,54
Villanueva del Río y Minas	140	112	1,25	2,12
Villanueva de San Juan	47	42	1,12	3,05
Villaverde del Río	167	130	1,28	1,77
Viso del Alcor (El)	484	383	1,26	2,09
Cañada Rosal	54	49	1,10	1,53
Isla Mayor	62	46	1,35	0,78
Cuervo de Sevilla (El)	172	147	1,17	1,72
Total	30.757	23.230	1,32	1,22

Fuente: Fuente elaboración propia con datos de los datos de la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social (2010).

Respecto a las prestaciones concretas reconocidas en Sevilla y provincia (a Julio de 2010), según aparecen en las tablas nº 20 , 21 y 22 se vuelve a constatar , como aspecto significativo, la constante de la proporcionalidad existente entre el número de habitantes de las diferentes poblaciones y las prestaciones correspondientes a cada ciudadano/a de cada una de ellas, como se puede observar en las tablas siguientes:

Tabla Nº 20

Prestaciones reconocidas en Sevilla y provincia (julio 2010)				
Municipio	Atención residencial	% Att Residencial sobre prest.	Centros de día y noche	% centros día y noche sobre prest.
Aguadulce	3	6,25%	6	12,50%
Alanís	1	1,85%	0	0,00%
Albaida del Aljarafe	0	0,00%	5	9,09%
Alcalá de Guadaira	201	21,73%	81	8,76%
Alcalá del Río	5	3,47%	5	3,47%
Alcolea del Río	2	2,02%	2	2,02%
Algaba (La)	35	12,87%	5	1,84%
Algámitas	10	10,87%	0	0,00%
Almadén de la Plata	5	29,41%	0	0,00%
Almensilla	3	4,41%	8	11,76%
Arahal	34	6,58%	1	0,19%
Aznalcázar	6	8,11%	2	2,70%
Aznalcóllar	29	17,26%	12	7,14%
Badolatosa	31	83,78%	0	0,00%
Benacazón	1	1,37%	1	1,37%
Bollullos de la Mitación	1	1,05%	2	2,11%
Bormujos	12	7,79%	7	4,55%
Brenes	9	5,66%	16	10,06%
Burguillos	16	23,53%	0	0,00%
Cabezas de San Juan (Las)	8	2,27%	1	0,28%
Camas	53	11,94%	37	8,33%
Campana (La)	47	21,66%	4	1,84%
Cantillana	31	14,55%	2	0,94%
Carmona	55	11,32%	22	4,53%
Carrión de los Céspedes	10	14,08%	0	0,00%
Casariche	6	8,45%	2	2,82%
Castilblanco de los Arroyos	28	28,00%	7	7,00%
Castilleja de Guzmán	4	20,00%	1	5,00%
Castilleja de la Cuesta	14	5,43%	14	5,43%
Castilleja del Campo	1	4,17%	2	8,33%
Castillo de las Guardas (El)	3	3,95%	0	0,00%
Cazalla de la Sierra	1	0,46%	0	0,00%

Constantina	18	15,25%	2	1,69%
Coria del Río	15	3,91%	22	5,73%
Coripe	5	11,36%	0	0,00%
Coronil (El)	10	7,75%	4	3,10%
Corrales (Los)	3	3,75%	0	0,00%
Dos Hermanas	234	13,58%	134	7,78%
Écija	113	12,57%	34	3,78%
Espartinas	79	44,89%	9	5,11%
Estepa	2	1,46%	7	5,11%
Fuentes de Andalucía	3	2,56%	3	2,56%
Garrobo (El)	0	0,00%	0	0,00%
Gelves	2	3,03%	9	13,64%
Gerena	13	8,33%	1	0,64%
Gilena	0	0,00%	1	1,96%
Gines	24	12,63%	14	7,37%
Guadalcanal	25	32,47%	0	0,00%
Guillena	6	3,45%	5	2,87%
Herrera	32	21,48%	2	1,34%
Huévar del Aljarafe	8	12,90%	0	0,00%
Lantejuela (La)	4	4,35%	3	3,26%
Lebrija	45	5,22%	11	1,28%
Lora de Estepa	0	0,00%	1	5,88%
Lora del Río	24	6,12%	18	4,59%
Luisiana (La)	3	3,57%	3	3,57%
Madroño (El)	0	0,00%	0	0,00%
Mairena del Alcor	31	10,33%	19	6,33%
Mairena del Aljarafe	91	19,87%	54	11,79%
Marchena	30	8,72%	16	4,65%
Marinaleda	1	2,27%	0	0,00%
Martín de la Jara	0	0,00%	0	0,00%
Molares (Los)	1	2,08%	0	0,00%
Montellano	5	4,31%	4	3,45%
Morón de la Frontera	137	15,73%	19	2,18%
Navas de la Concepción (Las)	13	18,31%	1	1,41%
Olivares	40	16,13%	8	3,23%
Osuna	33	9,62%	17	4,96%
Palacios y Villafranca (Los)	29	4,10%	22	3,11%
Palomares del Río	11	15,49%	3	4,23%
Paradas	20	11,11%	0	0,00%
Pedraera	0	0,00%	3	3,23%
Pedroso (El)	1	1,25%	0	0,00%
Peñaflor	1	0,81%	3	2,42%
Pilas	9	3,95%	15	6,58%
Pruna	5	55,56%	1	11,11%
Puebla de Cazalla (La)	13	4,21%	10	3,24%
Puebla de los Infantes (La)	1	0,92%	0	0,00%
Puebla del Río (La)	0	0,00%	5	2,92%
Real de la Jara (El)	2	4,44%	4	8,89%
Rinconada (La)	76	11,08%	31	4,52%

Roda de Andalucía (La)	10	10,31%	4	4,12%
Ronquillo (El)	23	46,94%		0,00%
Rubio (El)	1	1,59%	3	4,76%
Salteras	15	10,71%	11	7,86%
San Juan de Aznalfarache	16	3,16%	19	3,75%
Sanlúcar la Mayor	4	1,71%	22	9,40%
San Nicolás del Puerto	2	22,22%	0	0,00%
Santiponce	9	5,70%	17	10,76%
Saucejo (El)	1	1,02%	0	0,00%
Sevilla	694	7,70%	578	6,42%
Tocina	15	10,49%	8	5,59%
Tomares	13	5,46%	24	10,08%
Umbrete	3	2,56%	3	2,56%
Utrera	124	14,78%	35	4,17%
Valencina de la Concepción	4	3,45%	9	7,76%
Villamanrique de la Condesa	1	1,52%	3	4,55%
Villanueva del Ariscal	19	14,84%	11	8,59%
Villanueva del Río y Minas	3	2,14%	5	3,57%
Villanueva de San Juan	2	4,26%	0	0,00%
Villaverde del Río	1	0,60%	1	0,60%
Viso del Alcor (El)	31	6,40%	25	5,17%
Cañada Rosal	9	16,67%	2	3,70%
Isla Mayor	3	4,84%	2	3,23%
Cuervo de Sevilla (El)	26	15,12%	5	2,91%
Total	2.912	9,47%	1.550	5,04%

Fuente: Fuente elaboración propia con datos de los datos de la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social (2010).

Tabla Nº 21

Prestaciones reconocidas en Sevilla y provincia (julio 2010)				
Municipio	Ayuda a domicilio	% Ayuda a domicilio sobre prest.	Prest econo vinculadas al servicio	% Prest eco sobre prest.
Aguadulce	13	27,08%	0	0,00%
Alanís	13	24,07%	0	0,00%
Albaida del Aljarafe	8	14,55%	0	0,00%
Alcalá de Guadaira	124	13,41%	6	0,65%
Alcalá del Río	11	7,64%	0	0,00%
Alcolea del Río	10	10,10%	0	0,00%
Algaba (La)	14	5,15%	1	0,37%
Algámitas	15	16,30%	0	0,00%
Almadén de la Plata	3	17,65%	0	0,00%
Almensilla	1	1,47%	0	0,00%
Arahal	64	12,38%	0	0,00%
Aznalcázar	11	14,86%	1	1,35%
Aznalcóllar	16	9,52%	0	0,00%

Badolatosa	11	29,73%	0	0,00%
Benacazón	8	10,96%	0	0,00%
Bollullos de la Mitación	14	14,74%	0	0,00%
Bormujos	17	11,04%	18	11,69%
Brenes	9	5,66%	0	0,00%
Burguillos	6	8,82%	0	0,00%
Cabezas de San Juan (Las)	53	15,01%	0	0,00%
Camas	61	13,74%	5	1,13%
Campana (La)	40	18,43%	5	2,30%
Cantillana	50	23,47%	1	0,47%
Carmona	58	11,93%	2	0,41%
Carrión de los Céspedes	7	9,86%	0	0,00%
Casariche	23	32,39%	0	0,00%
Castilblanco de los Arroyos	8	8,00%	0	0,00%
Castilleja de Guzmán	1	5,00%	0	0,00%
Castilleja de la Cuesta	45	17,44%	1	0,39%
Castilleja del Campo	4	16,67%	0	0,00%
Castillo de las Guardas (El)	9	11,84%	0	0,00%
Cazalla de la Sierra	44	20,37%	0	0,00%
Constantina	20	16,95%	6	5,08%
Coria del Río	67	17,45%	0	0,00%
Coripe	8	18,18%	0	0,00%
Coronil (El)	16	12,40%	10	7,75%
Corrales (Los)	21	26,25%	0	0,00%
Dos Hermanas	312	18,11%	11	0,64%
Écija	217	24,14%	0	0,00%
Espartinas	13	7,39%	4	2,27%
Estepa	36	26,28%	0	0,00%
Fuentes de Andalucía	12	10,26%	0	0,00%
Garrobo (El)	7	14,00%	0	0,00%
Gelves	8	12,12%	0	0,00%
Gerena	17	10,90%	0	0,00%
Gilena	11	21,57%	0	0,00%
Gines	31	16,32%	3	1,58%
Guadalcanal	19	24,68%	2	2,60%
Guillena	32	18,39%	1	0,57%
Herrera	28	18,79%	0	0,00%
Huérvar del Aljarafe	21	33,87%	0	0,00%
Lantejuela (La)	13	14,13%	0	0,00%
Lebrija	142	16,47%	20	2,32%
Lora de Estepa	7	41,18%	0	0,00%
Lora del Río	72	18,37%	3	0,77%
Luisiana (La)	15	17,86%	0	0,00%
Madroño (El)	0	0,00%	0	0,00%
Mairena del Alcor	43	14,33%	0	0,00%
Mairena del Aljarafe	51	11,14%	3	0,66%
Marchena	28	8,14%	0	0,00%
Marinaleda	10	22,73%	0	0,00%
Martín de la Jara	11	18,03%	0	0,00%
Molares (Los)	8	16,67%	0	0,00%

Montellano	24	20,69%	0	0,00%
Morón de la Frontera	62	7,12%	2	0,23%
Navas de la Concepción (Las)	15	21,13%	4	5,63%
Olivares	19	7,66%	1	0,40%
Osuna	44	12,83%	0	0,00%
Palacios y Villafranca (Los)	103	14,55%	7	0,99%
Palomares del Río	7	9,86%	0	0,00%
Paradas	27	15,00%	0	0,00%
Pedraera	18	19,35%	0	0,00%
Pedroso (El)	27	33,75%	0	0,00%
Peñaflor	12	9,68%	0	0,00%
Pilas	39	17,11%	2	0,88%
Pruna	15	166,67%	0	0,00%
Puebla de Cazalla (La)	53	17,15%	4	1,29%
Puebla de los Infantes (La)	19	17,43%	0	0,00%
Puebla del Río (La)	25	14,62%	0	0,00%
Real de la Jara (El)	8	17,78%	0	0,00%
Rinconada (La)	93	13,56%	0	0,00%
Roda de Andalucía (La)	26	26,80%	1	1,03%
Ronquillo (El)	4	8,16%	1	2,04%
Rubio (El)	12	19,05%	0	0,00%
Salteras	12	8,57%	0	0,00%
San Juan de Aznalfarache	79	15,58%	0	0,00%
Sanlúcar la Mayor	22	9,40%	2	0,85%
San Nicolás del Puerto	1	11,11%	0	0,00%
Santiponce	22	13,92%	1	0,63%
Saucejo (El)	21	21,43%	0	0,00%
Sevilla	1697	18,84%	92	1,02%
Tocina	24	16,78%	0	0,00%
Tomares	57	23,95%	0	0,00%
Umbrete	13	11,11%	0	0,00%
Utrera	126	15,02%	6	0,72%
Valencina de la Concepción	15	12,93%	3	2,59%
Villamanrique de la Condesa	16	24,24%	0	0,00%
Villanueva del Ariscal	16	12,50%	0	0,00%
Villanueva del Río y Minas	24	17,14%	0	0,00%
Villanueva de San Juan	6	12,77%	0	0,00%
Villaverde del Río	22	13,17%	0	0,00%
Viso del Alcor (El)	53	10,95%	0	0,00%
Cañada Rosal	7	12,96%	0	0,00%
Isla Mayor	9	14,52%	9	14,52%
Cuervo de Sevilla (El)	20	11,63%	0	0,00%
Total	4.981,00	16,19%	238	0,77%

Fuente: Fuente elaboración propia con datos de los datos de la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social (2010).

Tabla Nº 22

Prestaciones reconocidas en Sevilla y provincia (julio 2010)						
Municipio	Prest econo asistencia personal	% Prest eco asist personal	Prest econo cuidado entorno familiar	% Prest eco cuidado entorno familiar	Tele- asistencia	%Tele- asistencia
Aguadulce	0	0,00%	17	35,42%	9	18,75%
Alanís	0	0,00%	29	53,70%	11	20,37%
Albaida del Aljarafe	0	0,00%	31	56,36%	11	20,00%
Alcalá de Guadaíra	0	0,00%	315	34,05%	198	21,41%
Alcalá del Río	0	0,00%	92	63,89%	31	21,53%
Alcolea del Río	0	0,00%	65	65,66%	20	20,20%
Algaba (La)	0	0,00%	167	61,40%	50	18,38%
Algámitas	0	0,00%	42	45,65%	25	27,17%
Almadén de la Plata	0	0,00%	7	41,18%	2	11,76%
Almensilla	37	54,41%	16	23,53%	3	4,41%
Arahal	1	0,19%	285	55,13%	132	25,53%
Aznalcázar	0	0,00%	0	0,00%	17	22,97%
Aznalcóllar	0	0,00%	92	54,76%	19	11,31%
Badolatosa	0	0,00%	20	54,05%	6	16,22%
Benacazón	0	0,00%	56	76,71%	7	9,59%
Bollullos de la Mitación	0	0,00%	55	57,89%	23	24,21%
Bormujos	0	0,00%	71	46,10%	29	18,83%
Brenes	1	0,63%	92	57,86%	32	20,13%
Burguillos	0	0,00%	36	52,94%	10	14,71%
Cabezas de San Juan (Las)	0	0,00%	202	57,22%	89	25,21%
Camas	0	0,00%	177	39,86%	111	25,00%
Campana (La)	0	0,00%	94	43,32%	27	12,44%
Cantillana	0	0,00%	84	39,44%	45	21,13%
Carmona	0	0,00%	246	50,62%	103	21,19%
Carrión de los Céspedes	0	0,00%	39	54,93%	15	21,13%
Casariche	0	0,00%	33	46,48%	7	9,86%
Castilblanco de los Arroyos	0	0,00%	36	36,00%	21	21,00%
Castilleja de Guzmán	0	0,00%	9	45,00%	5	25,00%
Castilleja de la Cuesta	0	0,00%	143	55,43%	41	15,89%
Castilleja del Campo	0	0,00%	10	41,67%	7	29,17%
Castillo de las Guardas (El)	0	0,00%	46	60,53%	18	23,68%
Cazalla de la Sierra	0	0,00%	111	51,39%	60	27,78%
Constantina	0	0,00%	51	43,22%	21	17,80%
Coria del Río	0	0,00%	170	44,27%	110	28,65%
Coripe	0	0,00%	22	50,00%	9	20,45%
Coronil (El)	0	0,00%	69	53,49%	20	15,50%
Corrales (Los)	0	0,00%	45	56,25%	11	13,75%
Dos Hermanas	0	0,00%	642	37,26%	390	22,63%
Écija	0	0,00%	353	39,27%	182	20,24%

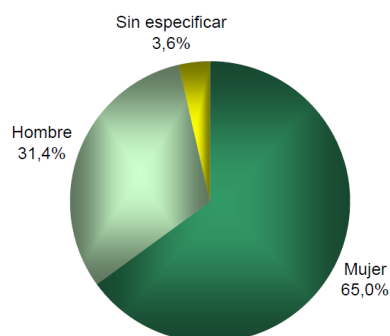
Espartinas	0	0,00%	52	29,55%	19	10,80%
Estepa	0	0,00%	67	48,91%	25	18,25%
Fuentes de Andalucía	0	0,00%	82	70,09%	17	14,53%
Garrobo (El)	0	0,00%	31	62,00%	12	24,00%
Gelves	0	0,00%	26	39,39%	21	31,82%
Gerena	0	0,00%	92	58,97%	33	21,15%
Gilena	0	0,00%	29	56,86%	10	19,61%
Gines	0	0,00%	73	38,42%	45	23,68%
Guadalcanal	0	0,00%	18	23,38%	13	16,88%
Guillena	0	0,00%	99	56,90%	31	17,82%
Herrera	0	0,00%	73	48,99%	14	9,40%
Huérvar del Aljarafe	0	0,00%	18	29,03%	15	24,19%
Lantejuela (La)	0	0,00%	46	50,00%	26	28,26%
Lebrija	2	0,23%	406	47,10%	236	27,38%
Lora de Estepa	0	0,00%	6	35,29%	3	17,65%
Lora del Río	0	0,00%	182	46,43%	93	23,72%
Luisiana (La)	0	0,00%	51	60,71%	12	14,29%
Madroño (El)	0	0,00%	7	100,00%	0	0,00%
Mairena del Alcor	0	0,00%	165	55,00%	42	14,00%
Mairena del Aljarafe	0	0,00%	167	36,46%	92	20,09%
Marchena	0	0,00%	199	57,85%	71	20,64%
Marinaleda	0	0,00%	27	61,36%	6	13,64%
Martín de la Jara	0	0,00%	40	65,57%	10	16,39%
Molares (Los)	0	0,00%	28	58,33%	11	22,92%
Montellano	0	0,00%	72	62,07%	11	9,48%
Morón de la Frontera	0	0,00%	456	52,35%	195	22,39%
Navas de la Concepción (Las)	0	0,00%	30	42,25%	8	11,27%
Olivares	0	0,00%	122	49,19%	58	23,39%
Osuna	0	0,00%	175	51,02%	74	21,57%
Palacios y Villafranca (Los)	0	0,00%	458	64,69%	89	12,57%
Palomares del Río	0	0,00%	32	45,07%	18	25,35%
Paradas	0	0,00%	91	50,56%	42	23,33%
Pedraera	0	0,00%	55	59,14%	17	18,28%
Pedroso (El)	0	0,00%	29	36,25%	23	28,75%
Peñaflor	0	0,00%	90	72,58%	18	14,52%
Pilas	0	0,00%	106	46,49%	57	25,00%
Pruna	0	0,00%	83	922,22%	19	211,11%
Puebla de Cazalla (La)	0	0,00%	155	50,16%	74	23,95%
Puebla de los Infantes (La)	0	0,00%	80	73,39%	9	8,26%
Puebla del Río (La)	0	0,00%	102	59,65%	39	22,81%
Real de la Jara (El)	0	0,00%	27	60,00%	4	8,89%
Rinconada (La)	0	0,00%	273	39,80%	213	31,05%
Roda de Andalucía (La)	0	0,00%	41	42,27%	15	15,46%
Ronquillo (El)		0,00%	18	36,73%	3	6,12%
Rubio (El)	0	0,00%	39	61,90%	8	12,70%
Salteras	0	0,00%	63	45,00%	39	27,86%

San Juan de Aznalfarache	0	0,00%	241	47,53%	152	29,98%
Sanlúcar la Mayor	0	0,00%	138	58,97%	47	20,09%
San Nicolás del Puerto	0	0,00%	5	55,56%	1	11,11%
Santiponce	0	0,00%	68	43,04%	41	25,95%
Saucejo (EI)	0	0,00%	59	60,20%	17	17,35%
Sevilla	8	0,09%	3338	37,06%	2601	28,87%
Tocina	0	0,00%	59	41,26%	37	25,87%
Tomares	0	0,00%	88	36,97%	56	23,53%
Umbrete	0	0,00%	81	69,23%	17	14,53%
Utrera	0	0,00%	368	43,86%	180	21,45%
Valencina de la Concepción	0	0,00%	60	51,72%	25	21,55%
Villamanrique de la Condesa	0	0,00%	29	43,94%	17	25,76%
Villanueva del Ariscal	0	0,00%	51	39,84%	31	24,22%
Villanueva del Río y Minas	0	0,00%	82	58,57%	26	18,57%
Villanueva de San Juan	0	0,00%	34	72,34%	5	10,64%
Villaverde del Río	0	0,00%	106	63,47%	37	22,16%
Viso del Alcor (EI)	0	0,00%	278	57,44%	97	20,04%
Cañada Rosal	0	0,00%	32	59,26%	4	7,41%
Isla Mayor	0	0,00%	32	51,61%	16	25,81%
Cuervo de Sevilla (EI)	0	0,00%	97	56,40%	24	13,95%
Total	49	0,16%	13897	45,18%	7248	23,57%

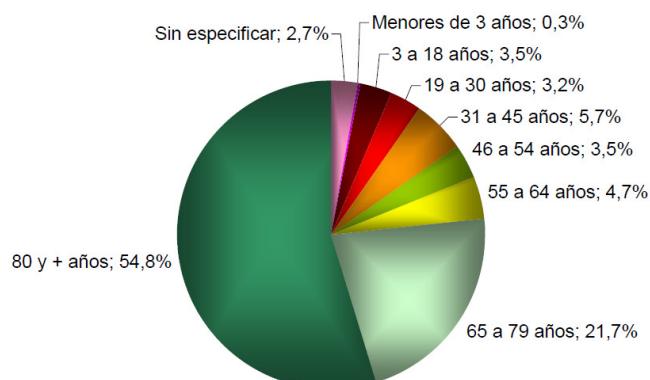
Fuente: Fuente elaboración propia con datos de los datos de la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social (2010).

Por último, respecto al perfil de la persona beneficiaria: sexo y edad, se puede observar en las figuras Nº 15 y 16 que de las personas beneficiarias con prestación el 31,4% son hombres frente al 65,0% que son mujeres no especificándose el género en el 3,6%.

En cuanto al perfil de la edad de las personas mayores de 65 años con prestación, se observa, como parece lógico, que el porcentaje más alto esté en el tramo de 80 años y más con un 54,8% frente al tramo de 65 a 79 años, que solo alcanza el 21,7%.

Figura Nº 15 Perfil de la persona beneficiaria con prestación**Perfil de la persona beneficiaria con prestación**

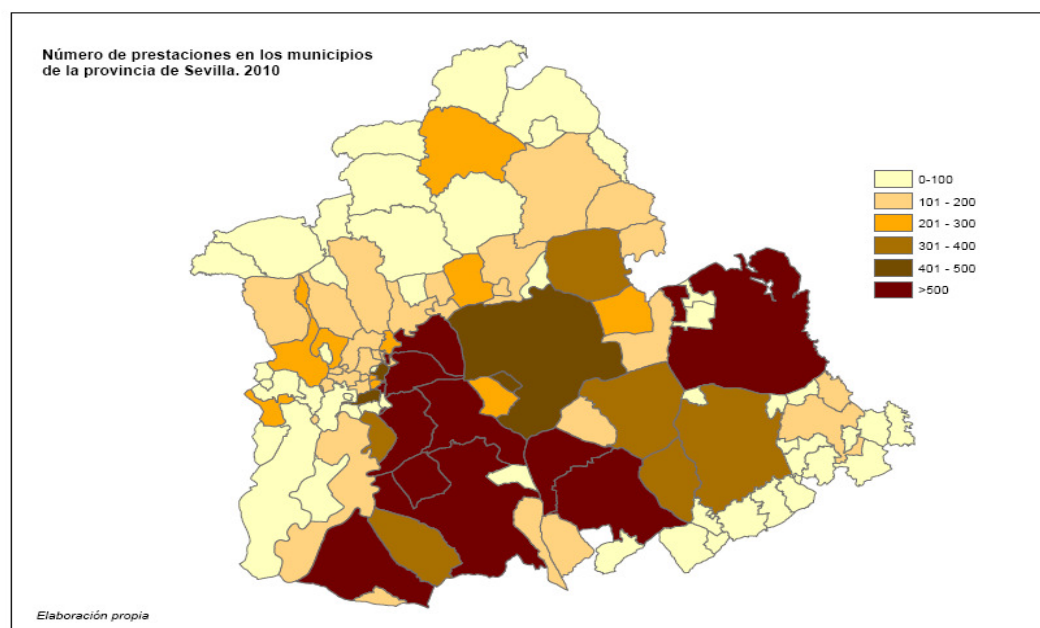
FUENTE: SAAD-IMSESO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

Figura Nº 16 Perfil de la persona beneficiaria con prestación**Perfil de la persona beneficiaria con prestación**

FUENTE: SAAD-IMSESO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

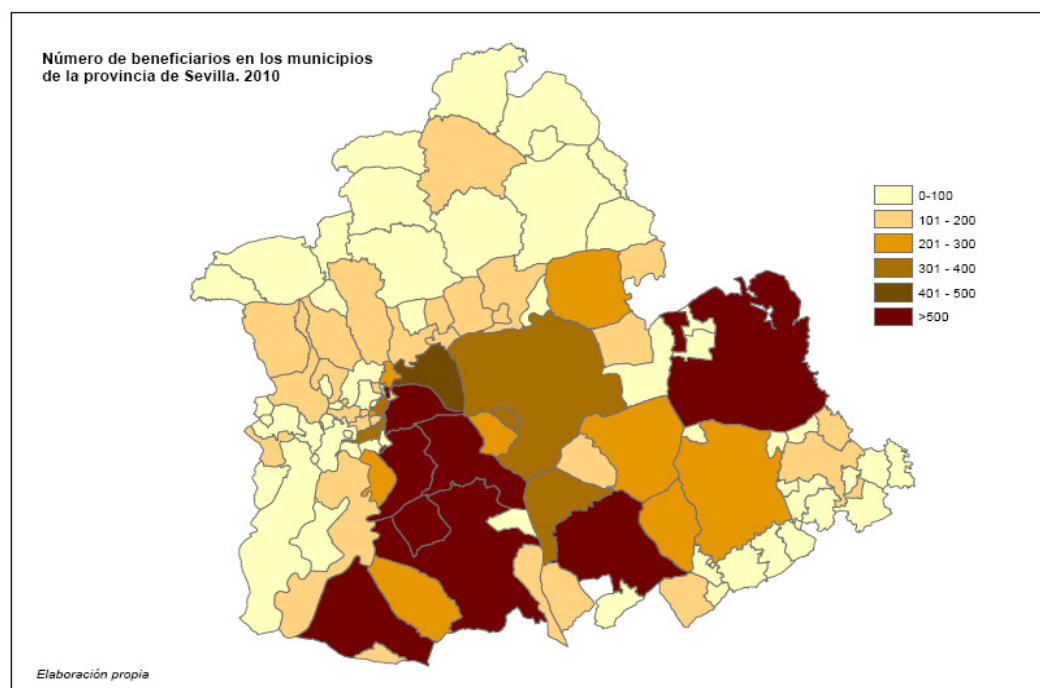
Terminamos este epígrafe mostrando diferentes mapas ilustrativos de las distintas prestaciones recibidas por los distintos municipios de la provincia de Sevilla (mapas números 15 al 31).

Mapa Nº 15. Número de prestaciones en los municipios de Sevilla, 2010.



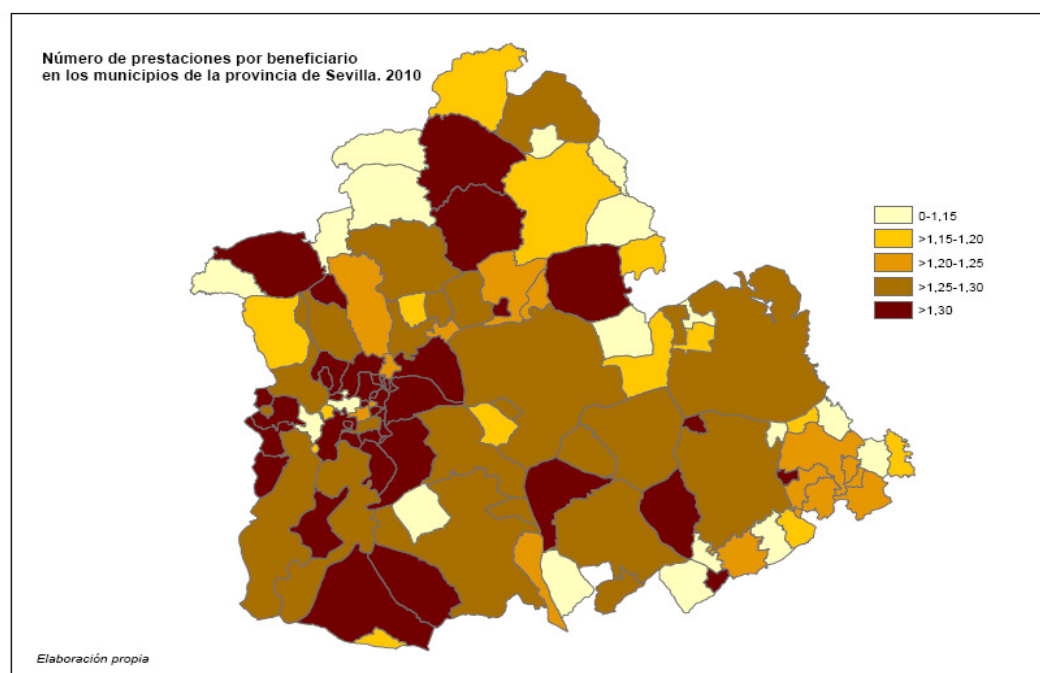
Elaboración propia

Mapa Nº 16. Número de beneficiarios en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010.



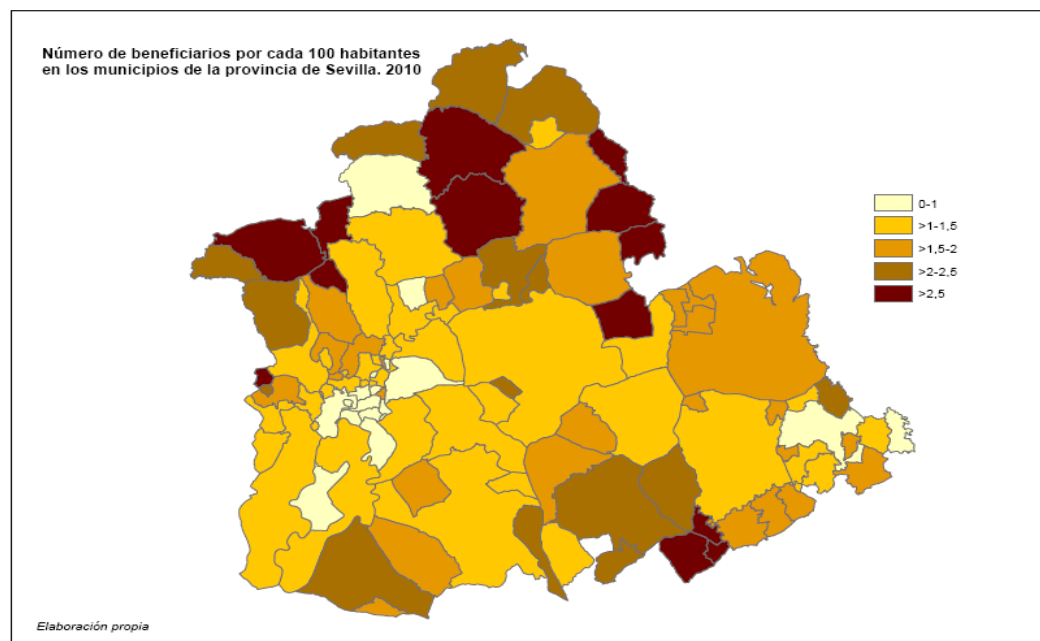
Elaboración propia

Mapa Nº 17 Número de prestaciones por beneficiario en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010.



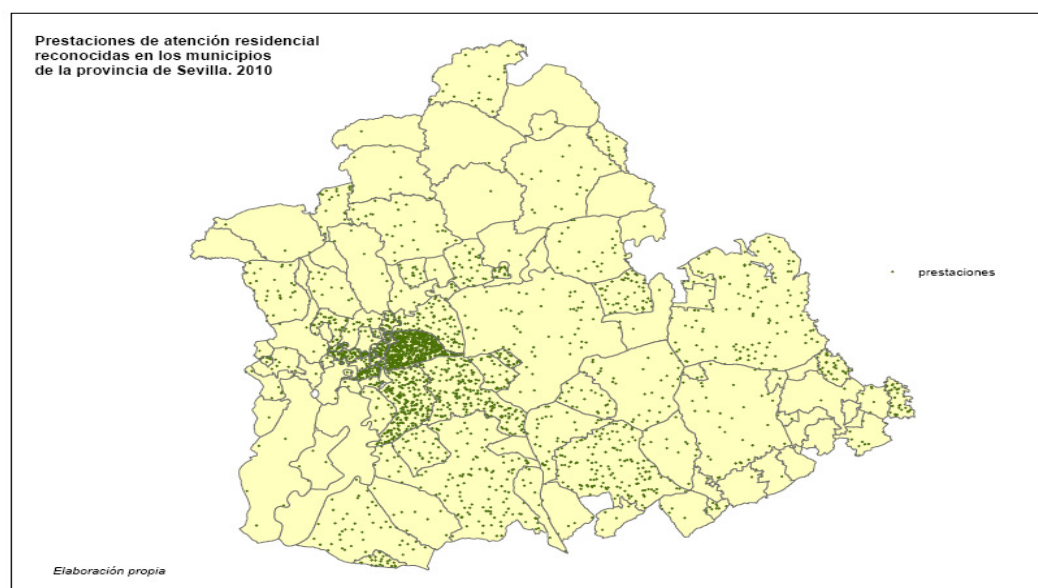
Elaboración propia

Mapa 18 Número de beneficiarios por cada 100 habitantes en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010.



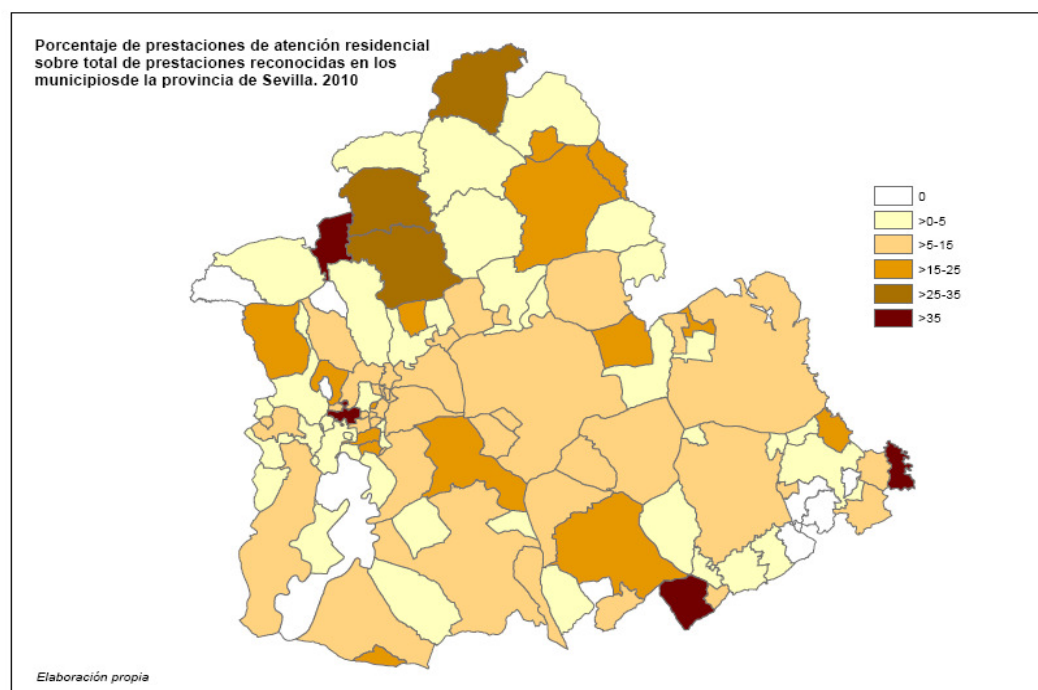
Elaboración propia

Mapa Nº 19. Porcentaje de prestaciones de atención residencial sobre el total de prestaciones reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



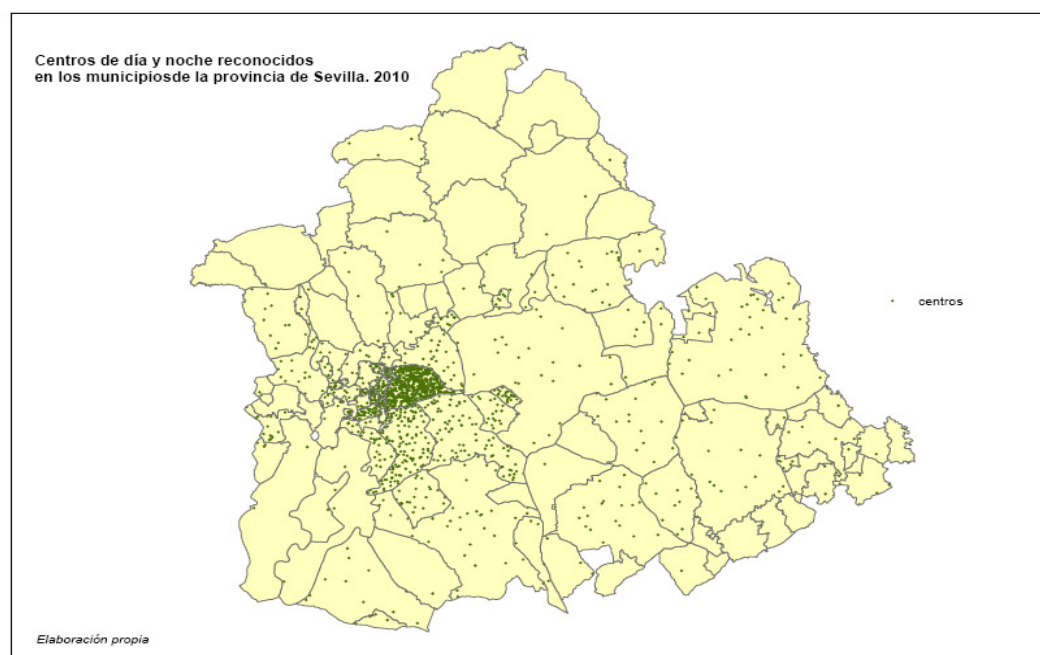
Elaboración propia

Mapa Nº 20. Porcentaje de prestaciones de atención residencial sobre total de prestaciones reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



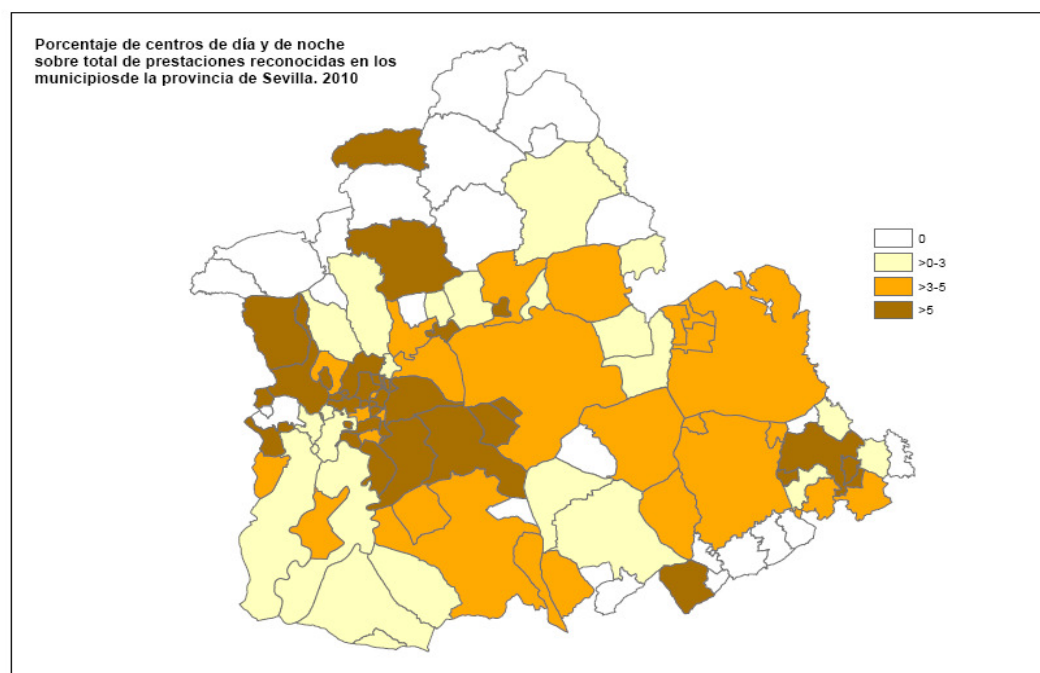
Elaboración propia

Mapa Nº 21 Centros de Día y de Noche reconocidos en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



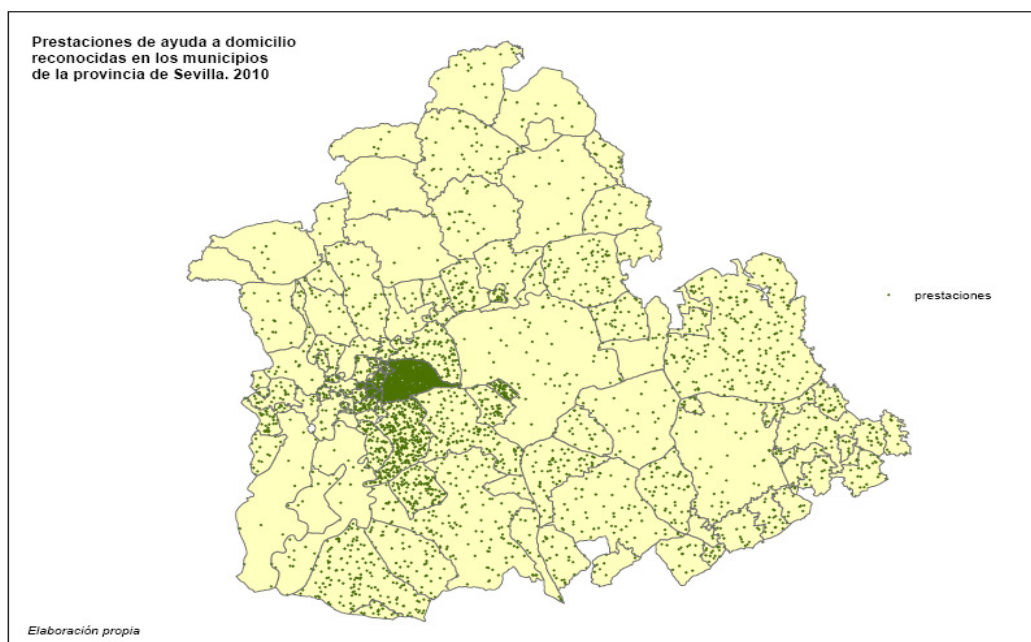
Elaboración propia

Mapa Nº 22 Porcentaje de Centros de Día y de Noche sobre total de prestaciones reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



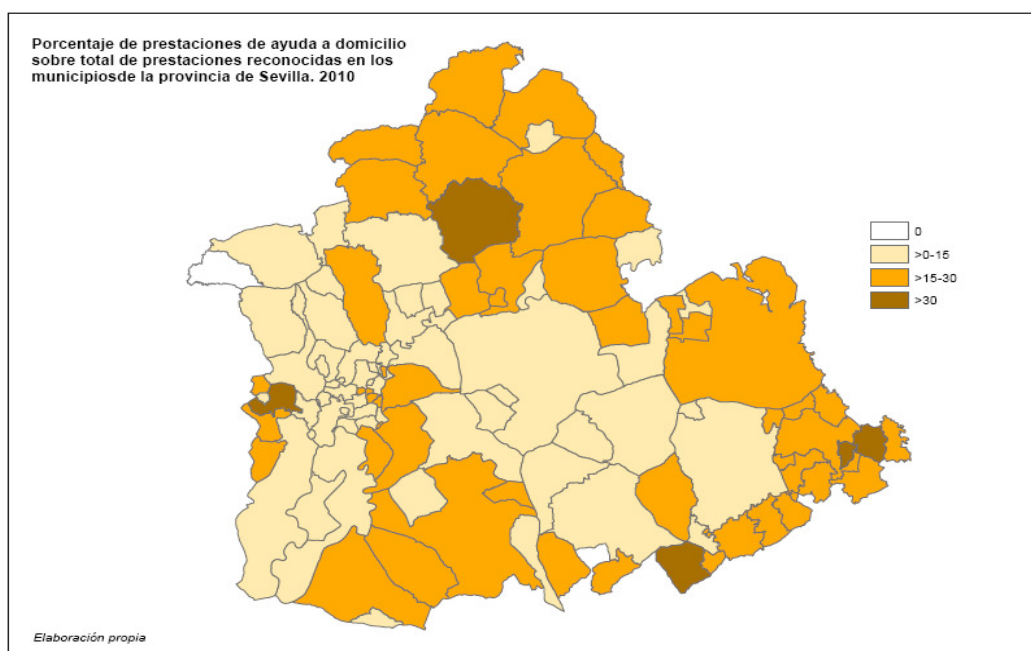
Elaboración propia

Mapa Nº 23 Prestaciones de ayuda a domicilio reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



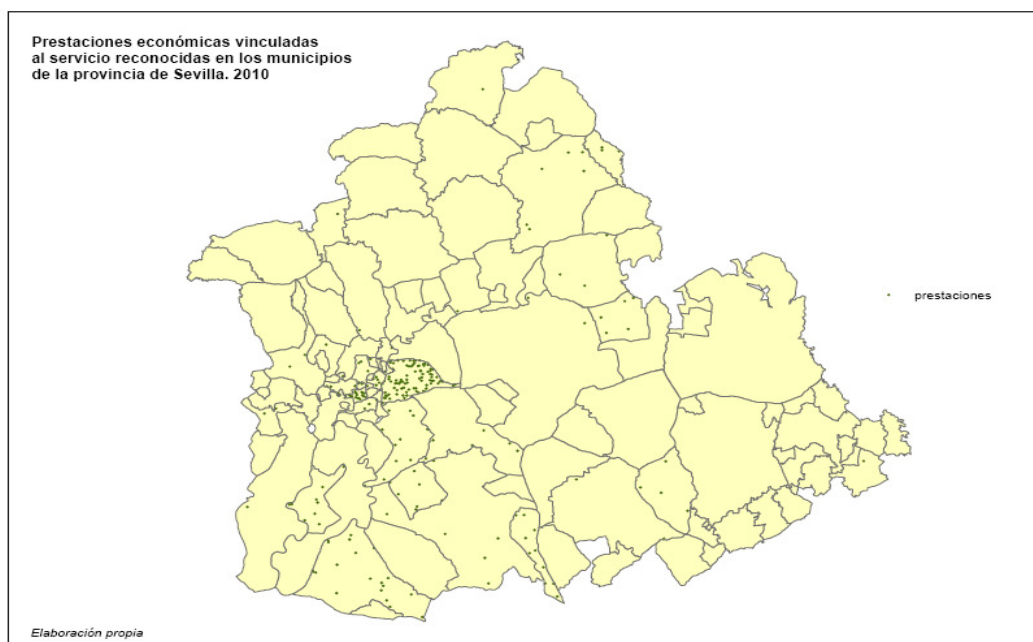
Elaboración propia

Mapa Nº 24 Porcentaje de prestaciones de ayuda a domicilio sobre total de las prestaciones reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



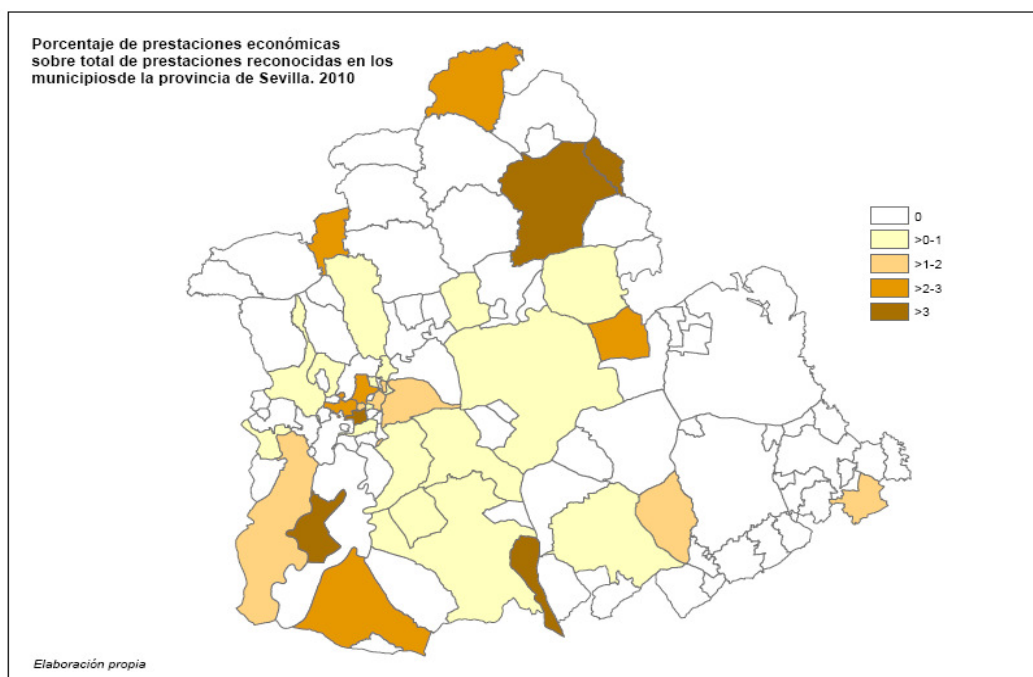
Elaboración propia

Mapa Nº 25 Prestaciones económicas vinculadas al servicio reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



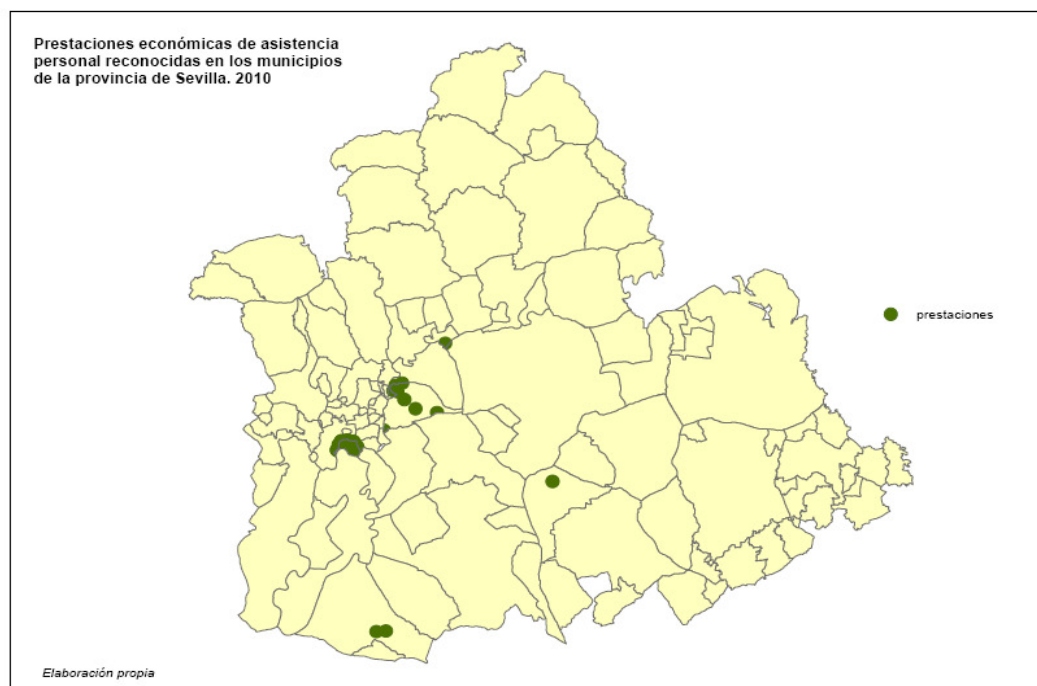
Elaboración propia

Mapa Nº 26 Porcentaje de prestaciones económicas sobre total de prestaciones reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



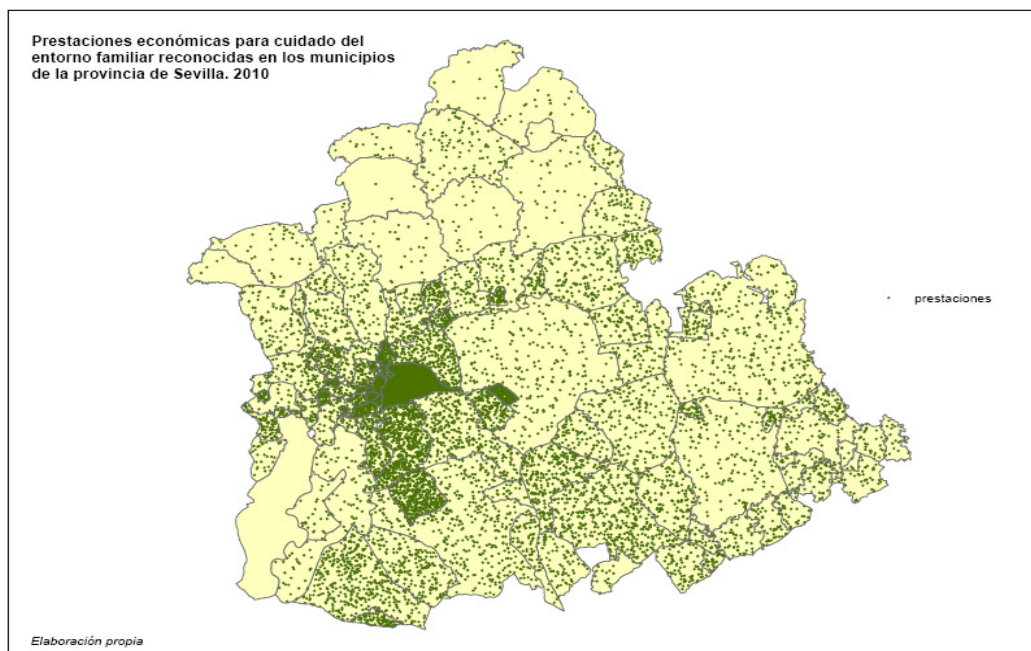
Elaboración propia

Mapa Nº 27 Prestaciones económicas de asistencia personal reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



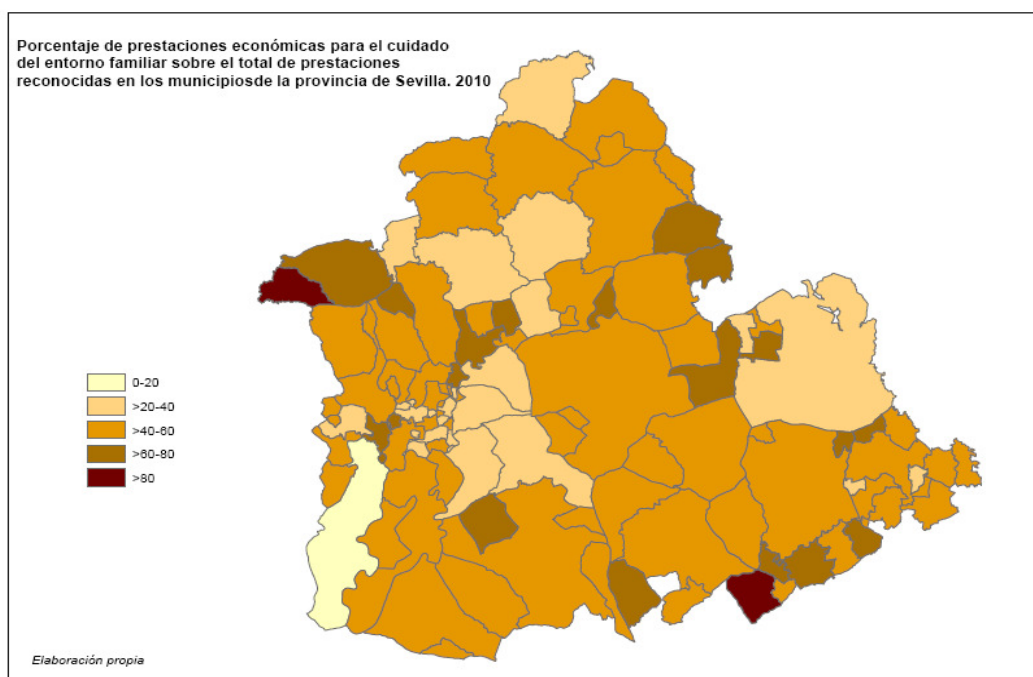
Elaboración propia

Mapa Nº 28 Prestaciones económicas para cuidado del entorno familiar reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



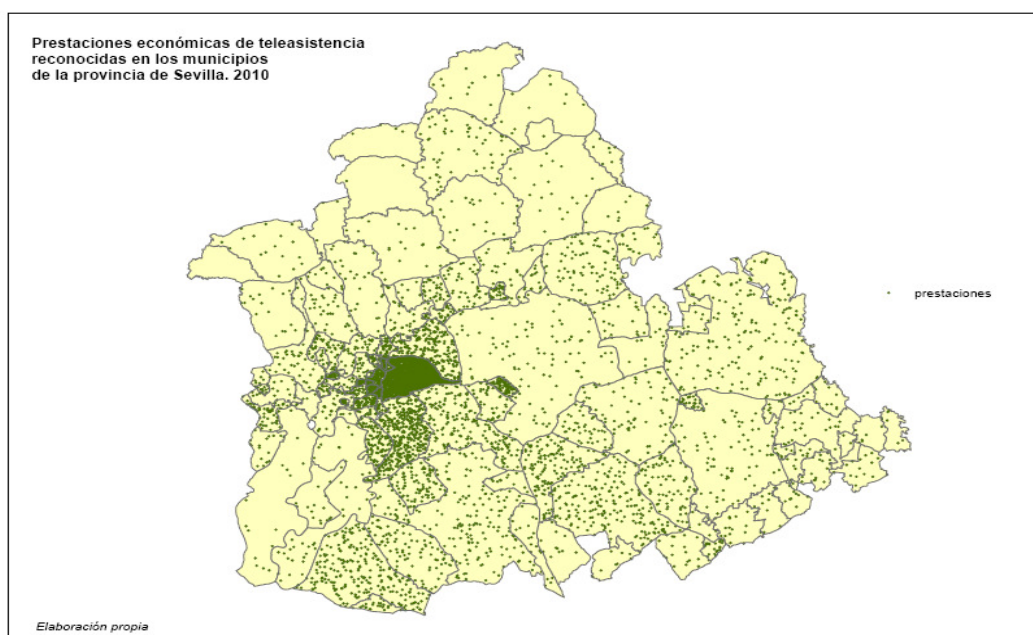
Elaboración propia

Mapa Nº 29 Porcentaje de prestaciones económicas para el cuidado del entorno familiar sobre el total de prestaciones reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



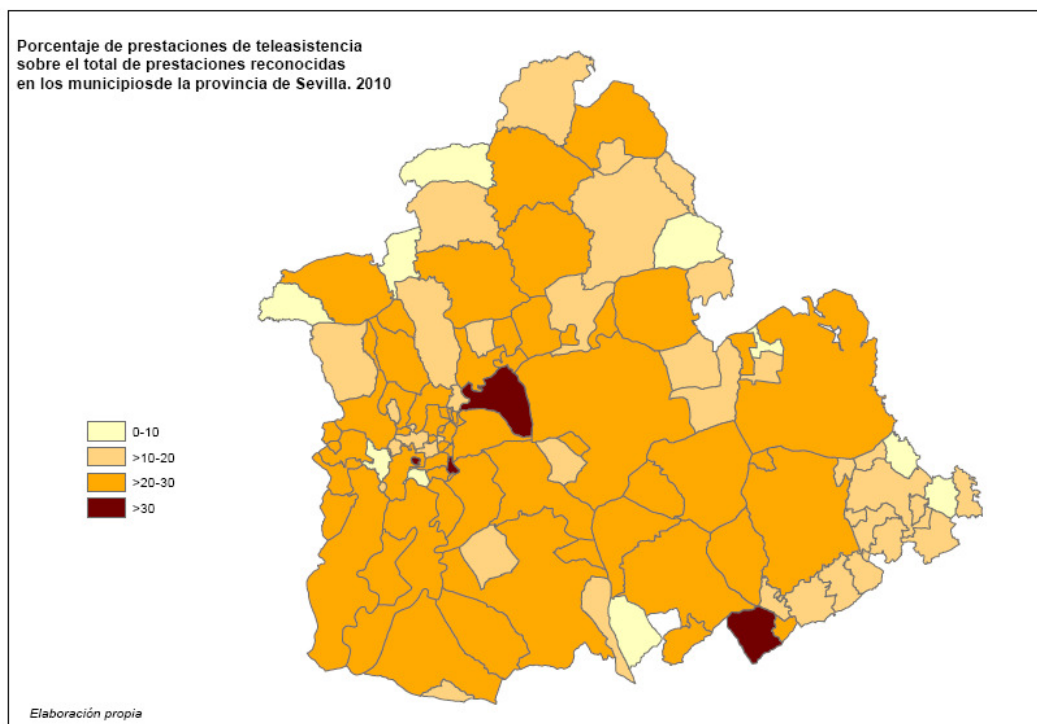
Elaboración propia

Mapa Nº 30 Prestaciones económicas de teleasistencia reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



Elaboración propia

Mapa Nº 31 Porcentaje de prestaciones de teleasistencia sobre el total de prestaciones reconocidas en los municipios de la provincia de Sevilla, 2010



Elaboración propia

CAPÍTULO 9: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

9.1 DISCUSIÓN

En el capítulo ocho se expusieron los principales resultados encontrados en esta investigación. En este capítulo se va a presentar la discusión de los resultados expuestos, así como las principales conclusiones obtenidas que estimamos serán útiles y que podrán servir, entre otros menesteres, para orientar las políticas activas sobre la dependencia de las personas mayores.

La discusión de los resultados los vamos a organizar siguiendo la misma secuencia que se expusieron en el capítulo de resultados, es decir, primero trataremos las solicitudes, después las valoraciones y los dictámenes y en último lugar las prestaciones y beneficiarios/as.

Por último, expondremos las principales conclusiones, así como las posibles repercusiones prácticas de nuestra investigación, que en la actualidad pudieran ser útiles en la continuación de la aplicación de la ley de “promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” en el ámbito de la ciudadanía mayor de nuestra provincia de Sevilla, una vez que se publicó en 2010 el LBEA (Libro Blanco de Envejecimiento Activo) a cargo de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

9.1.1 Solicitudes.

Como se ha expuesto ya, en cuanto a las solicitudes, también, queremos reiterar nuestro interés por intentar contextualizar a la provincia de Sevilla en el ámbito nacional y autonómico entre otras razones, porque, de entrada, éramos sabedores de la contestación que la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, tenía y tiene en determinados contextos geográficos, por cuestiones ajenas a la atención de las personas mayores.

No obstante, desde un punto de vista positivo, basta citar que sea Andalucía con 379376 solicitudes, la comunidad autónoma que más demandas hace a la Administración, frente a las comunidades autónomas de Madrid y Valencia, por ejemplo. Todo ello a fecha 1 de Julio de 2010.

Otro dato significativo para la discusión es que sean los tramos de edades comprendidas entre 65-79 y sobre todo los de más de 80 años los que presentan más solicitudes de ayuda, corroborándose así, como se defendía en la revisión bibliográfica, que una de las características que habitualmente definen a las personas de edad avanzada es su conducta de dependencia, más aún, cuando nuestro país es donde la cultura de la dependencia está más instaurada debido a la elevada demanda de ayuda a las personas mayores y al innecesario apoyo de los más jóvenes. De ahí, que se definiera la conducta dependiente como pedir o aceptar, activa o positivamente, la ayuda de otros para satisfacer las necesidades físicas o psicológicas, más allá del nivel necesario. Todo ello justifica que a más edad más dependencia y que, consecuentemente, mientras más años tengan, más ayuda soliciten, a veces sin necesitarla.

Lo anterior nos lleva a que tengamos que tener en cuenta la importante evolución de la estructura de la población española basadas en el incremento de personas de más edad (envejecimiento del envejecimiento), personas que han superado los 80 años y, en algunos casos, hasta los 100. Según esto, el envejecimiento de la vejez tendrá y está teniendo ya consecuencias diversas; una de ellas es que cada vez habrá más personas dependientes. Por ello la relación entre dependencia y la edad, es por el momento una relación de cuasi-causalidad.

El aumento de la edad se traduce, como ya hemos expuesto, en incremento de las situaciones de dependencia. Así, si para el 2.060 se prevé que casi la mitad de la

población mayor sea octogenaria (6.891.590 personas), la resolución y el apoyo a las situaciones de dependencia será un elemento indispensable de la sociedad del futuro. Situación parecida ocurrirá con las personas centenarias con una estimación para el 2015 de 10.353 personas y de 69.759 para el 2060.

Otro dato relevante es que soliciten ayudas a la dependencia más mujeres que hombres, 65,93% frente al 34,07%, debido a que la esperanza de vida en nuestro país es mayor en la mujer, 82 años, que en el hombre, 78 años. No obstante, la diferencia porcentual del 35,86%, resulta a nuestro parecer demasiado marcada, de ahí que se podría hablar de una “feminización del envejecimiento”. Otra razón, podría ser que a mayor edad demanden más ayuda y una tercera y última razón podría ser que “la crisis del cuidado a los mayores” que padece nuestro país lleve a los mayores a solicitar ayuda a la administración, fenómeno que lo podríamos considerar como una “feminización de la ayuda a la dependencia “de la población” mayor española.

Habría que destacar, también como dato significativo, que en la provincia de Sevilla, se demandan más solicitudes porcentuales entre las poblaciones menores de 5.000 habitantes que entre los municipios con más habitantes. Dato que interpretamos como un mayor envejecimiento de estas pequeñas poblaciones y, por tanto, resulta lógico el mayor volumen de solicitantes.

9.1.2. Valoraciones y Dictámenes.

Como podemos comprobar en el capítulo siete, metodología , en su apartado 2 instrumentos, en el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) se especifica: el tipo de grado de dependencia, el tipo de nivel y las puntuaciones correspondientes para efectuar los dictámenes.

Desde ese planteamiento y a tenor de los resultados de la B.V.D. (Baremación de la valoración de la dependencia) en la provincia de Sevilla, así como los Dictámenes realizados llama la atención que, según aparece en las tablas Nº 13 y 14 se observa que existen 27.275 valoraciones de Gran Dependencia; 16.547 con Dependencia Severa; 9.258 con Dependencia Moderada y 3.805 valoradas sin grado. Esto supone que los grados y niveles en Sevilla y Provincia en (% sobre valoraciones) a fecha de 2010 son las siguientes: 47,95% valorada Gran Dependencia; 29,09% como Dependencia Severa; 16,27% como Dependencia Moderada y el 6,69% valoradas sin grado.

Otro dato interesante a tener en cuenta es que se han realizado proporcionalmente más valoraciones en las poblaciones menores a 5.000 habitantes que en las de mayor población. Tal vez la mejor localización de la residencia de personas mayores y su facilidad para las valoraciones hayan sido elementos favorecedores para los técnicos de la evaluación de la dependencia.

Por otra parte si analizamos los Grados y Niveles procedente de los Dictámenes realizados en las diferentes C.C.A.A. observamos que Andalucía es la región autónoma que tiene un mayor número de Dictámenes con 292.879 de los cuales: 55.999 son de Grado III nivel 2; 57.721 son de grado III nivel 1; 37.900 son de Grado II nivel 2; 51.104 son de Grado II nivel 1; 28.414 son de Grado I nivel 2; 33.899 son de Grado I nivel 1 y 27.842 sin grado. (Véase tabla nº 16).

Si tenemos en cuenta que el total nacional son 1.045.896 y el andaluz 292.879 quiere decir que representamos más de un cuarto de los dictámenes realizados en España . Esto es un indicador de la apuesta que la comunidad autónoma andaluza hace por apoyar la “ ley de la dependencia”.

Recapitulando se podría señalar que después de analizar los tres tipos de grados con sus respectivos niveles en esta tesis han puesto de manifiesto, de una manera descriptiva, que la dependencia es un factor relacionado con la edad, ya que a mayor edad existe mayor posibilidad de que exista merma en las actividades básicas de la vida diaria, así como de las instrumentales y, por supuesto, de las avanzadas.

Corroborar este análisis los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, según el cual el 16,6% de la población total es mayor de 64 años. De manera que las 7.633.807 personas mayores, el 27,8% supera los 80 años de edad.

Otro dato importante a tener en cuenta es que sean las mujeres las que más solicitan las ayudas para combatir la dependencia, aspecto este que tiene que ver con la mayor esperanza de vida en España de ellas 82 años que la de ellos 78 años.

Admitido lo anterior, es fácil entender que la “cultura de la dependencia” junto a la “cultura del género” instaurada en nuestro país, región y nuestros pueblos aún más, sean factores favorecedores del comportamiento dependiente.

En síntesis, los datos expuestos y otros encontrados en la misma dirección por diferentes autores (García Sanz, 1997; Rodríguez Cabrero, 1999; Fernández-Ballesteros (dir), (2002) y (2004); Yanguas J.J. y cols, 2007; Informe 2008: las personas mayores en España) nos lleva a pensar que la “Ley de Dependencia” sea adecuada, oportuna y necesaria para romper la cultura instaurada en nuestro país y por tanto ha llegado históricamente en un buen momento.

Para terminar este apartado me parece oportuno resaltar que en el ámbito rural habría que seguir trabajando más intensamente desde el punto de vista, no solo bio-psico-social, sino también desde la óptica psicopedagógico, desde la Gerontagogía, porque también el aprendizaje hace más autónomas a las personas mayores y las activa cognitivamente para ser más competentes. Muestra de ello es la proliferación de universidades de mayores con sede en más de 20 poblaciones de la provincia de Sevilla. Sedes universitarias que dependen tanto de la Universidad Hispalense como la de la Pablo de Olavide y que la Diputación colabora con ambas universidades desde sus comienzos.

9.1.3 Prestaciones y beneficiarios/as.

Las prestaciones y sus beneficiarios/as correspondientes, como final del proceso de apoyo a las personas mayores en situación de dependencia, tienen por objetivo el disfrute del beneficio, servicio o ayuda establecido por la administración pública o entidad en los casos en los que sea necesaria la acreditación de ayuda de tercera persona según establece el Real Decreto 504/2007 publicado en el BOE nº 96 de 21 de Abril de 2007 pág. 17.647.

Desde este planteamiento llama la atención que, a través del análisis de las diferentes comunidades autónomas de nuestro país, sea la comunidad autónoma andaluza la que este situada la primera en cuatro de los siete bloques de prestaciones y esta situada entre la segunda y la tercera en las restantes ayudas propuestas.

Así pues Andalucía sería la primera comunidad autónoma (1-4) en :

1. – Teleasistencia con el 82,1% (T.A.)
2. – Ayuda a Domicilio con el 54,2% (A.D)
3. – Prestaciones Especiales de cuidado a familiares con el 31,1% (P.E .C. F.)
4. – Centro de Día y de Noche con el 27,6% (C.D.) y (C.N).

Estaría entre la segunda y la tercera (5-7) en:

5. – Atención Residencial con el 16,0 % (A.R.), sólo superado ligeramente por la comunidad autónoma de Madrid con el 16,3%.
6. – Prestaciones Especiales vinculadas al servicio con el 8;7% (P.E.V.S.) superadas ampliamente por Cataluña con el 26,8% y Castilla y León con el 23,1%, y más ligeramente por la comunidad autónoma de Madrid.

7. – Prestaciones Especiales de asistencia personal con el 4,6% para Andalucía (P.E.A.P.), muy ampliamente superada por el País Vasco con el 77,9% y ligeramente por detrás de Castilla y León.

A nivel provincial un aspecto a destacar es que las prestaciones y beneficiarios/as en Sevilla y sus poblaciones a fecha de 2010, en datos deducidos de las valoraciones realizadas, vienen a demostrar la existencia de una constante proporcional entre el número de habitantes por cada población y las prestaciones y beneficiarios/as correspondientes según se puede constatar en las tablas Nº 19, 20 y 21 del capítulo de resultados.

Por último habría que señalar, como dato interesante, también, que, el perfil de las personas beneficiarias y con prestación con indicación de edad y sexo, sigue la tendencia de tener una elevada edad, por encima de los 80 años o más (54,8%) distribuyéndose con porcentaje correspondiente el 54,8% para las mujeres frente al 31,4% para los hombres. De esta manera se podría hablar no sólo de “ feminización del envejecimiento” como ya hemos expuesto, sino como una “ feminización de la ayuda a la dependencia”

9.2. CONCLUSIONES.

A tenor de los datos aportados en esta tesis podemos concluir afirmando:

- a. Que la sociedad española en general y la de la provincia de Sevilla en particular es una sociedad envejecida y envejeciente.
- b. Que la dependencia en las personas mayores de 65 años es un aspecto asociado a la edad, a más edad mayor dependencia, pero modulado por otras variables, sobre todo por la cultura de la dependencia instalada en la mayoría de los pueblos de la provincia de Sevilla y por la educación sexista.
- c. Que la aplicación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas mayores en situación de dependencia está acercando los recursos allí donde los ciudadanos/as lo necesitan. En nuestro estudio a la poblaciones de la provincia de Sevilla .Aunque esto no significa, que no se estuviera haciendo esfuerzo en esa dirección, por ejemplo, por la diputación de Sevilla.
- d. Que la dependencia en las personas mayores de 65 años dificulta el crecimiento personal y el normal desarrollo de cuidadores/as “formales e informales”, además de ocasionar un gasto, en muchos casos innecesario, a la administración y a los familiares.
- e. Que la dependencia en las personas mayores de 65 años en el contexto rural tiene un componente cultural, tanto por la creencia de los propios mayores, como por la de los jóvenes, ya que unos solicitando más de lo necesario y otros ayudando más de lo conveniente generan la invalidante dependencia.

- f. Que solicitan más mujeres que hombres las ayudas de la “Ley de la Dependencia”, porque cuantitativamente son más, ya que la esperanza de vida en España está en 82 años para las mujeres y en 78 para los hombres.
- g. Que existe una elevada diferencia en los solicitantes de valoración para la dependencia en las diferentes Comunidades autónomas, siendo Andalucía la primera con 379.376 solicitudes a fecha 1 de Julio de 2009, contexto en que se ubica la provincia de Sevilla con un total de 70.771 solicitudes y 56.855 dictámenes.
- h. Que los resultados y dictámenes de la Baremación de la Valoración de la Dependencia (BVD) en la provincia de Sevilla muestran un elevado grado III, nivel 2, de dependencia, fundamentalmente a partir de los tramos 67-79 y más de 80 años de edad y en las poblaciones pequeñas.
- i. Que la comunidad autónoma andaluza es la región que más prestaciones concede a la ciudadanía en concepto de apoyo a la dependencia en cuatro de las siete ayudas establecidas. Tal como: Teleasistencia, Ayuda a Domicilio, Centro de Día y de Noche, Prestaciones Especiales de cuidado a familiares, siendo la segunda y / o tercera en el resto de las ayudas.
- j. Que el perfil de las personas beneficiarias con prestación con indicación de la edad y el sexo sigue la tendencia generalizada de elevada edad (de 80 años o más) y más mujeres que hombres. De esta manera podíamos hablar de “feminización del envejecimiento” y de “feminización de la ayuda a la dependencia”.
- k. Que las personas mayores, sobre todo las mujeres y pertenecientes a poblaciones menores de 10.000 habitantes tienen un acusado déficit educativo que dificulta su autonomía personal y social.

- I. Que los diferentes programas de aprendizajes y culturales están incidiendo en las personas mayores de la provincia de Sevilla para contribuir a su autonomía.

En cuanto a las posibles repercusiones prácticas de esta tesis consideramos que la más importante sea destacar la gran importancia que tiene el apoyo a la dependencia, pero favoreciendo siempre el comportamiento autónomo, como elemento preventivo. Este planteamiento conlleva unas repercusiones prácticas concretas, que son convenientes que las explicitemos:

Primeramente, nos lleva a conocer la situación en la que se encuentran las personas mayores dependientes.

Después, es útil para diseñar en un futuro programas de intervención a la luz de la Ley de Dependencia.

Por último, porque parece conveniente seguir avanzando en el conocimiento del envejecimiento en el medio rural para cubrir el vacío histórico de olvido de estos contextos frente a los urbanos.

Para terminar, me gustaría dejar patente que, aunque modestamente consideramos interesante y novedosas las reflexiones y los datos aportados por esta tesis, sin embargo, somos conscientes de sus limitaciones. Tal vez, la población elegida limita considerablemente los resultados. No obstante, seguimos en el tema para ampliar la muestra y que esto permita una mayor generalización y nuevas investigaciones continúen esta línea de trabajo.

Por otra parte, también sería bueno disponer de un análisis estadístico más completo y profundo.

Parece oportuno señalar también, que obtener más información del BVD hubiera sido conveniente, no obstante, seguiremos estudiando el tema para aportar más información y que futuras investigaciones hagan más aportaciones.

De todas formas y a pesar de estas y otras limitaciones, entendemos que esta tesis representa una modesta aportación al envejecimiento y a la ayuda a la dependencia en el ámbito rural en el momento actual que, según estimamos, se necesita de toda contribución para favorecer el proceso de implementación de la Ley y mejorar la autonomía y el envejecimiento competente y activo en el que estamos comprometidos, en nuestro caso, a través del “Observatorio Provincial del Mayor” (O. P. M.) gestionado por la Diputación Provincial de Sevilla y en el que tenemos puesta muchas ilusiones y esperanza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, F. Gómez, B., Martín, G., Millar, L.M., y Pérez M. (2007). La ciudadanía andaluza hoy. Actualidad 18. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.

Alberdi, I. (dir.), (1995). *Informe sobre la situación de la familia en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Arana de, J. M. (1996). *Biología del envejecimiento*. En J. M. de Arana (dir.) *Biosociología del envejecimiento*. Madrid: Farmaindustria.

Austad S.N. (1997). *Why we age?*. New York: John Wiley.

Baltes, P.B. y Baltes, M.M. (1990). *Successful aging*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Baltes, P.B. y Graf, P. (1996). *Psychological aspects of aging: Facts and frontiers*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bazo, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: Centro de Investigación Sociológica.

Bazo, M.T. y Domínguez-Alcá, N.C. (1996). *REÍS*, nº 73, enero-marzo.

Bazo, M.T. y Domínguez-Alcá, N.C. (1996). *Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales*.

Belsky, J.K. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teorías, investigaciones e intervención*. Barcelona: Toray-Masson.

Bermejo, L. Y Miguel, J.J. (2008). Resumen del documento técnico sobre envejecimiento activo. Madrid: IMSERSO. Bericat, E. y Sánchez, E. (2008). Balance de la desigualdad de género en España. Un sistema de indicadores sociales. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.

Birren, J. (1996). *History of Gerontology*. En J. Birren (ed). *Enciclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged*. San Diego, CA: Academic Press.

Busse, E.M. (1969). *Theories of Aging* en E.W. Bussey, E. Pfeiffer (eds). *Behavior adaptation in late life*. Boston, M.A.: Little Brown.

Calero, M.D. (2004). Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo, en Gerontología Social.. Rocío Fernández- Ballesteros (Dir). Madrid. Pirámide.

Consejo de Europa (2002). Lisboa.

Constitución Española. 1978, Arts. 27 y 50. Derecho a la Educación.

Clement, S. y cols. (1992). *Papel de la familia en la atención domiciliaria de los ancianos con incapacidad*. Revista de Gerontología 2, 86-93.

Cumming, E. Y Henry, W.E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Book.

Decreto 23/2004, de 3 de Febrero por el que se regula la protección jurídica a las personas mayores. Junta de Andalucía: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Espinosa, J.M. coord. (2010). Vivir saludablemente en Libro Blanco de Envejecimiento Activo, cap. 0.3..Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

Estatuto de Autonomía para Andalucía. (2007). Art. 21.

Fernández- Ballesteros, R. (1986). *Hacia una vejez competente*. En M. Carretero, A. Marchesi y J. Palacios (dirs.). *Psicología Evolutiva*. Vol. 3. *Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Editorial.

Fernández- Ballesteros, R.; Izal, M.; Hernández , J. M.; Llórente, G.,; Montorio, I. Y Guerrero, M.A. (1989). *Memoria anual del Convenio de Colaboración*. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INERSO). Universidad Autónoma de Madrid.

Fernández- Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG Editores.

Fernández- Ballesteros, R. y Calero, M.D. (1993). *Measuring Learning Potential*. *International Journal of Cognitive Education and Mediated Learning* 3, 9-20.

Fernández- Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente un reto para todos*. En A.M.G. (dir.). *Envejecimiento y prevención*. Barcelona: Asociación multidisciplinaria de Gerontología.

Fernández- Ballesteros, R. y cols. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Fernández- Ballesteros, R. (dir.), (2002). *Vivir con vitalidad*. Madrid: Pirámide. Tomos I-V.

Fernández- Ballesteros, R. (dir.), (2004). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

Fernández Cordón, J.A. (2007). *El futuro de la población. Análisis prospectivo de Andalucía 2020*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.

Gallear, D. Y Thompson, L.M. (1981). *Depression in the Elderly: A Behaviour treatment Manual*. Los Angeles: University of Southern California Press.

García Sanz, B. (1992). *Población española un enfoque ecológico*. Boletín de la ADEH. N°X-1.

García Sanz, B. (1994 a). *Alcance y significado de las cantidades singulares de población como concepto para cuantificar la población rural*. Estudios Agrosociales n° 168.

García Sanz, B. (1997). *Envejecimiento en el mundo rural: Problemas y soluciones*. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales (IMSERSO).

Gires (1995). *La realidad social en España (1993-94)*. Madrid: Centro para la Investigación para la Realidad Social.

González, R. (2005). *Psicología del envejecimiento*. Ourense: In Fieri.

Gordon y Donald (1993). *Community Social Work. Older people and informal car e*. Avebury: Aldershot.

Gould, R.L. (1981). *The Mismeasure of Man*. Nueva York: Norton.

IMSERSO (1989). *Memoria de actividades*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Informe (2008). *Las personas mayores en España*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. IMSERSO.

Informe 2008. *Las personas mayores en España*. Tomos I y II. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. IMSERSO.

IMSERSO (1995 a). *Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Izal, M. (1990): *Evolución de contextos. Una metodología para la evaluación de los centros residenciales para ancianos*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Izal, M. y Fernández- Ballesteros, R. (1990). *Modelos ambientales sobre la vejez*. *Anales de Psicología* 6 (2): 181-198.

Izal, M. y Montorio, I. (1995). *Evolución del medio y del cuidador del demente*. En T. del Sur y J. Peña (eds.). *Evolución neurológica de la demencia*.

Junta de Andalucía (2007). *Plan Integral de Atención a la Accidentabilidad*. Consejería de Salud.

Kahana, E.; Kahana, B. Y Joung, R. (1986): *Strategies of coping and postinstitutional outcomes*. *Research on Aging*, 8.

Kalish, R.A. (1975): *Late Adulthood: Perspectives of Human Development*. Monterrey.

Lebris, J. (1993). *Family Care of Dependent Older People in the European Community*. Dublin: Loughlinstown House.

Legnina, J. (1995). *Indicadores demográficos de las familias europeas*. Madrid: Fuentes Españolas.

Lehr, U. (1980). *Psicología de la necesidad*. Barcelona: Herder.

Leer, U. (2008). Prólogo en Fernández – Ballesteros. Envejecimiento Activo, P.13. Madrid. Pirámide,

Ley 6/1999 de 7 de Julio de Atención y Protección a las personas mayores en Andalucía: Consejería de Asuntos Sociales.

Ley de promoción de la Autonomía personal y Atención a los mayores en situación de Dependencia. BOE nº 299/15. Diciembre de 2006.; (2010). Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

Libro Blanco de la Dependencia (2004). Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.

Libro Blanco de Envejecimiento Activo (L.B.E.A.). Consejería para la Igualdad y Bienestar Social . Junta de Andalucía.

Llórente, M.G. (1991). *Una metodología para la Evaluación de los centros de día para ancianos*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Marshall, A. (1996). *Teorías Sociológicas*. En J. Birren (edi.). Enciclopedia of Gerontology, Age, aging and the Aged. San Diego, CA: Academy Press.

Martínez Maroto, A. (coord.) (2001). *Gerontología y derecho*. Madrid: Médica Panamericana.

Mendes de León, C., Glass, T. y Berkman, I. (2003). Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults. *American Journal of Epidemiology*, 157 (7), 633-642.

Misharay Riedel (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.

Montorio, I. (1994). *La persona mayor*. Guía aplicada de evaluación psicológica, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO).

Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. A/CONF. 197/9. Nueva York: Naciones Unidas.

Palacios, J. (1998). *La familia como contexto de desarrollo humano*. Universidad de Sevilla: Servicios de publicaciones.

Plan Gerontológico (1992), Madrid. IMSERSO. Plan de Acción para las Personas Mayores (2003-2007). Madrid . IMSERSO

OMS (1999). *Informe año internacional de las personas mayores*. Ginebra.

Riley, M.W. (1988). *Forward* En K.W. Schaie y R.T. Campbell (eds.). *Methodological Issues in Aging Research*. New York: Springer Pub.

Ribera, D. (1986). *El impacto psicológico de envejecer: Un estudio empírico en Alicante*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología de Alicante.

Rodríguez Cabrero, G. (1997). Participación social de las personas mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (IMSERSO).

Rodríguez Cabrero, G. (1999). *La protección social de la dependencia*. Madrid.: ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO).

Rowe, L.M. y Kahn, R. L. (1997). *Successful aging*. *The Gerontologist* (37), 433-440.

Saco, A. (1995). *El conocimiento de los Servicios Sociales por parte del colectivo de la Tercera Edad: El efecto Generación*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº 30.

Saco, A. (1997). *Envejecimiento demográfico, vejez y atención comunitaria a la Tercera Edad en el medio rural: Los casos de la Comunidad Autónomas de Galicia*. (tesis doctoral inédita).

Salthouse, T.A: (1984). *Effects of age and skill in typing*. Journal of Experimental Psychology: General, 13, 354-371.

Sánchez, M. Coord. (2010) Participando y construyendo en Libro Blanco de Envejecimiento Activo cap. 0.4.. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

Siegler, I. (1983): *Psychological Models of Aging*. Canadian Journal of Aging, 14, 44-67.

Schroots, J.J.F. (1996). *Theories of Aging: Psychology cal*. En J. Birren (edi.). *Enciclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged*. San Diego, CA: Academic Press.

Stadelhofer, C. (2002). El significado de la formación general científica permanente para adultos mayores ene. Umbral del siglo XXI . E los modelos marco de los P.U.M.. (pp. 93-94). Consellería de Bienestar Social. Universidad de Alicante)

Vega, J.L. y Bueno, B. (1996). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.

Velázquez, M. y Fernández, C. (1997). *La universidad de mayores, una aventura hecha realidad*. Universidad de Sevilla: Servicio de Publicaciones.

Velázquez, M. (2006). Reflexiones sobre los programas universitarios de mayores. Universidad de Sevilla: Servicio de publicaciones.

Velázquez, M, Coord.. (2010). Vivir en continua formación la educación a lo largo de la vida en Libro Blanco de Envejecimiento Activo. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

Walker, A. (2006). Active ageing in employment: Its meaning and potential, *Asia-Pacific Review*, 13 (1), 78-93. (2009). Commentary: The and Application of Active Aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21 (1): 75-93.

Wong, P.T. y Watt, L.M. (1991). What types of reminiscence are associated with succesful aging. *Psichology and Aging* 6 (2), 272-279.

Yanguas, J.J. y cols. (1995). Intervención psicosocial en Gerontagogía. Manual práctico. Madrid: Caritas.

Yanguas, J.J. y cols. (2007). *Guía Didáctica. Saber envejecer. Prevenir la Dependencia*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Caja Madrid Obra Social.

Yates, F.E. (1996). *Theory of Aging: Biological*. En Birren J. (ed). *Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged*. San Diego, C.A: Academic Press.

Zunzunegui, M. V. Et al. (2005). Disability and social ties: comparative findings of the CLESA study . *European Journal of Ageing*, 2, 40-47.

ANEXOS

- **ANEXO I : GLOSARIO.**
- **ANEXO II: BAREMO DE LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA (B.V.D).**
- **ANEXO III : PROPUESTAS- RECOMENDACIONES PARA UN ENVEJECIMIENTO AUTÓNOMO Y COMPETENTE.**
- **ANEXO IV: RECURSOS DE INTERNET.**

ANEXO I

GLOSARIO:

Apoyo social:

Intercambio de recursos, bienes o servicios entre los miembros de una red social.

Asociacionismo:

El asociacionismo es un postulado que reconoce que mediante la creación de asociaciones que favorezcan la participación social, se puede lograr una transformación de la realidad y del espacio público, superando la individualidad al compartir, afrontar y resolver los problemas mediante el apoyo mutuo.

Accesibilidad:

Tener acceso, paso o entrada a un lugar o actividad sin limitación alguna por razón de deficiencia, discapacidad o minusvalía.

Acogimiento familiar:

Consiste en proporcionar a las personas mayores los cuidados familiares ordinarios y personalizados, mejorando su calidad de vida y capacitándoles para llevar una vida independiente en el seno de su entorno habitual.

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (A.A.V.D.):

Son más complejas que las Básicas e Instrumentales. Su afección indica los primeros grados del deterioro. Aunque la presencia puede seguir siendo independiente- Son A.A.V.D.: prácticas de deportes, hacer viajes, participar en actividades asociativas etc....

Actividades Básicas de la Vida Diaria (A.B.V.D.):

Acciones que son importantes para llevar una vida independiente y que incluyen cinco tareas: Comer, bañarse, asearse, caminar y vestirse.

El hecho de no poder realizar dichas tareas es un signo de incapacidad.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):

Acciones que son importantes para llevar una vida independiente y que exigen alguna competencia intelectual y reflexión previa.

Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.):

Aquellas actividades que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social.

Adulto Mayor:

Aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo o se jubilan. En España actualmente a los 67 años.

En abril de 1994 la Organización Panamericana de Salud, filial de la OMS, decidió emplear el término *adulto mayor* para las personas mayores de 65 años o más años de edad. Esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países se utiliza por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios.

Aislamiento:

Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Apoyo Informal:

Consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, pero también por otros agentes y redes distintas de los servicios formalizados.

Asistencia Domiciliaria:

Es aquella que desarrolla tanto los aspectos clínicos como la asistencia social a domicilio. Los médicos de familia deben cubrir esta asistencia domiciliaria. Esta atención puede ser coordinada con otros dispositivos de atención domiciliaria como pueden ser la asistencia geriátrica domiciliaria desarrollada por los servicios de geriatría desde el hospital. Su titularidad puede ser pública o privada y se orienta a dos tipos de atención: la dirigida a la vivienda (limpieza, compra y otras actividades que la persona mayor no puede realizar) y la dirigida a la persona (higiene, alimentación o el vestido).

Asistencia Geriátrica:

Conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios y extrahospitalarios, que desde los puntos de vista sanitario y social están destinados a prestar una atención interdisciplinar, para garantizar la calidad de vida de las personas mayores que viven en un sector asistencial.

Asistencia personal:

Servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación dependencia, de cara a fomentar su vida independientemente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

Atención Formal e Informal:

La atención formal se refiere a la atención sociosanitaria (A.S.S) como conjunto integrado de servicios y prestaciones sociales y sanitarias que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia. La atención informal hace referencia al apoyo que la familia y la sociedad civil realizan de manera gratuita, si bien con altos coste de oportunidad (en tiempo, ocio, salud y trabajo).

La atención sociosanitaria debe estar integrada por ambos ya que la dependencia afecta al menos a 5 áreas de cuidados: capacidad funcional, salud física, salud mental, apoyo informal y vivienda.

Atención gerontológica:

Engloba la asistencia sanitaria (atención primaria, hospitalaria y geriátrica especializada) y también la asistencia social (clubes de jubilados, residencia de válidos, apartamentos, servicios de comidas a domicilio, programas de tiempo libre...).

Atención primaria:

Hace referencia a la mayor parte de actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de enfermedad.

Autonomía:

Es la capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas, preferencias propias, así como desarrollar los ABVD.

Banco de tiempo:

Son redes de personas que se organizan para intercambiar servicios que se valoran siempre en función del tiempo que quieren para ser realizados. Las personas socias de estos bancos ponen a disposición de las demás su tiempo para determinados servicios pero no a cambio de dinero sino a cambio de otros servicios. Un banco de tiempo es una forma de ayuda mutua, que se base en principio de *“dar y recibir para volver a dar”* pero no necesariamente a la persona de la que recibimos; por eso se dice que se basa en la reciprocidad indirecta.

Barreras:

La nueva clasificación de discapacidades de la OMS adaptada durante la 54^a Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra 14-22 mayo 2001) (OMS-2001) establece que barrera son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir: ambiente físico inaccesible, falta de tecnología asistencial apropiada, actitud negativa de las personas hacia la discapacidad y también la inexistencia de servicios, sistemas y políticos que favorezcan la participación.

Bienestar (Weel-being):

Puede enfocarse desde el punto de vista físico, funcional, psíquico y social. En la Constitución de 1946 de la OMS, la salud se define como “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Calidad de Vida:

Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Es un concepto complejo que está influido por la salud física, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Cambio social:

Alteración apreciable y a cualquier escala de las estructuras sociales, las consecuencias y manifestaciones de esas estructuras ligadas a las normas, a los valores, a los procesos y a los productos de las mismas. Este cambio puede ser progresivo o regresivo, permanente, ético o moral, planeado o sin planear.

Centros de día:

Centros de promoción del bienestar de las personas mayores tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación de dichas personas con el medio social, y que pueden servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de Servicios Sociales y Asistenciales a otros sectores de la población.

Centros de respiro familiar:

Destinados a prestar servicios de atención integral por un periodo limitado de tiempo a miembros de una unidad familiar con el fin de permitir a sus cuidadores espacios de tiempos libre y descanso.

Centros residenciales:

Centros en los que viven de forma definitiva o temporal personas con distinto nivel de dependencia y en los que se presta una atención integral con el objetivo de mantener o mejorar la autonomía personal, atender sus necesidades básicas de salud y facilitar su integración y participación social en el medio.

Cohesión social:

Se refiere a la situación en la que una sociedad ha alcanzado un nivel óptimo de disminución de las disparidades de bienestar entre sus miembros y ha reducido las desigualdades gracias al desarrollo de la justicia social, la primacía del estado de derecho y la solidaridad. Las políticas públicas a favor de la cohesión social serían aquellas que: a) desarrollen identidad común, b) construyan solidaridad, c) establezcan horizontes de confianza, d) establezcan situaciones de igualdad de oportunidades y e) generen en la comunidad relaciones basadas en la reciprocidad.

Comportamiento prosocial o altruista:

Todos aquellos actos encaminados a beneficiar a otros individuos, sin considerar los motivos ulteriores al benefactor.

Contribución:

Aportación voluntaria de ayuda individual o con otras personas y cosas, para un determinado fin. Por lo general, cuando se habla de contribución, en contraposición a participación, se resalta el sentido colectivista del término, es decir, que el valor de la contribución se explica más bien por los intereses de la comunidad de la que forma parte quien contribuye y no por los propios intereses individuales de ese contribuyente.

Cuidados no profesionales:

La atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

Cuidados profesionales:

Los cuidados prestados por una institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, o profesional autónomos entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

Dependencia:

Estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligados a la falta o pérdida de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importes para realizar ABVD.

Dependencia moderada:

Cuando una persona necesita ayuda para realizar una o varias ABVD, al menos una vez al día. Se corresponde con el Grado I de dependencia.

Dependencia severa:

Cuando la persona necesita ayuda para realizar los ABVD dos o tres veces al día, pero no quiere la presencia del cuidador/a . Se corresponde con el Grado II de dependencia.

Desarraigo:

Falta de interés o lazos efectivos con el entorno en que se vive.

Empoderamiento:

Capacitar y dar poder. Parte de la concepción de que las circunstancias externas son modificables si se modifica primero la posición de las personas (comenzando por su propia auto-concepción), así como la del grupo de pertenencia. Para ello, en la intervención hay que centrarse en la consideración de las capacidades

en lugar de poner el foco en las limitaciones que presentan las personas mayores y habilitar en destrezas, estrategias y habilidades que exploren posibilidades y oportunidades capaces de mejorar la autoestima individual y después la propia posición del grupo. El desarrollo del empoderamiento tiene un carácter procesual, pues sólo se aprende a medida que se practica.

Enfermedad de Alzheimer:

Forma común de demencia caracterizada por un deterioro gradual e irreversible de la memoria y de la personalidad. No se conoce la causa subyacente de la misma ni su cura. No forma parte del proceso normal de envejecimiento.

Envejecimiento Activo:

Producto del proceso de adaptación continua que ocurre a lo largo de la vida a través del cual se logra un óptimo desarrollo físico (incluyendo la salud), psicológico (óptimo funcionamiento cognitivo y autorregulación emocional) y social de la persona a medida que envejece. La promoción del envejecimiento activo implica la provisión de los medios necesarios para que las personas y las comunidades tomen las decisiones que consideren oportunas con el fin de lograr la optimización subjetiva de todas esas condiciones a través de intervenciones biomédicas, físicas, psicológicas y socioambientales. La promoción del envejecimiento activo supone prevenir la enfermedad y la discapacidad y mejorar el bienestar y la calidad de vida conforme se envejece.

Exclusión social:

Es el proceso acumulativo sobre una persona de factores negativos, con barreras y límites que le dejan fuera de la participación en la vida social mayoritariamente aceptada. Estos límites y barreras son de origen muy diverso y van más allá de la carencia de ingresos.

Fragilidad:

Es una condición en la cual las personas mayores tienen múltiples problemas sociales y médicos. Se caracteriza por un estado complejo con multiplicidad e interacción de problemas.

Conceptualmente se pueden distinguir dos condiciones diferentes en torno a la fragilidad:

Fragilidad manifiesta:

Hace referencia a las personas con deterioro establecido e importante en las que se deduce por su situación una mayor probabilidad de empeoramiento y riesgo. Tienen diferentes grados de deterioro para realizar de forma independiente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y suelen ser subsidiarias de una atención sanitaria específica y continuada.

Fragilidad incipiente o sutil:

Se refiere a la persona que presenta grados menos avanzados de deterioro. La mayoría son independientes para realizar la ABVD, pero es frecuente que algunas de sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) estén alteradas (relaciones sociales, desplazamientos en la comunidad, responsabilidad en la toma de su mediación, contabilidad doméstica, uso del teléfono o ciertos aparatos domésticos, etc.), y a veces deterioro es sutil. Diversos estudios demuestran la eficacia en las intervenciones sobre las personas con deterioro funcionales leves- moderados frente a quienes tienen una alteración importante.

Geriatría:

Parte de la medicina que trata de las enfermedades de la vejez.

Gerontagogía:

Ciencia aplicada que tiene por objeto la intervención educativa en personas mayores y que está en la frontera entre la educación y la gerontología.

Gerontología:

Ciencia interdisciplinar que se ocupa de la vejez.

Gran Dependencia:

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varios ABVD al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona. Se corresponde con el Grado III de dependencia.

Implicación social:

Compromiso individual o colectivo dentro de una red social para contribuir a la misma.

Inclusividad:

Hace referencia a que todos/as estamos inmersos en contextos de envejecimiento. Envejecen nuestras familias, nuestros amigos, vecinos...

Innovación:

Innovación es la aplicación de nuevas ideas, conceptos, productos, servicios y prácticas con la intención de ser útiles para la mejora de una situación genérica de

partida, sea con fines productivos u otros cualesquiera. Innovar obliga a crear algo que no existía hasta el momento; de ahí que la innovación vaya unida al desarrollo del pensamiento creativo. La innovación exige la conciencia y el equilibrio para transportar las ideas, del campo imaginario o ficticio, al campo de las realizaciones e implementaciones.

Integración social:

El grado en que un individuo está inserto en un grupo, organización o comunidad, en la que se dan condiciones para un equitativo ejercicio de derechos y responsabilidades asociadas a dicha inserción. Puede entenderse también como un concepto aglutinante, resultado de las redes sociales y del apoyo social.

Interculturalidad:

El concepto de interculturalidad nos remite a la idea de diversidad cultural, al reconocimiento de que vivimos en sociedades cada vez más complejas donde es necesario posibilitar el encuentro entre cultura. Ahora bien, el discurso de la interculturalidad no puede construirse desconectado del contexto social e ideológico de la propia diversidad cultural, desligándolo del análisis de cómo se produce las relaciones entre distintos grupos sociales y culturales u ocultando las estructuras políticas y económicas que las condicionan.

Intergeneracionalidad:

La sociedad no está fragmentada, y como tal debería ser un espacio común de enriquecimiento mutuo, donde jóvenes, adultos y mayores convivan e intercambien valores, información, tradiciones....

Multidimensionalidad:

La dependencia puede producirse en múltiples dominios (mental, físico, económico, o en una combinación de éstos) y puede evaluarse en distintos niveles (conductual, personal, situacional e interpersonal).

Multicasualidad:

La dependencia no es necesariamente sinónima de vejez. Es el resultado de distintos factores (estado biológico, situación sociocultural y económica y entorno). La ausencia de recursos socio-económicos, juega un importante papel en términos de falta de una red social adecuada que proporcione el apoyo necesario. Así mismo, la

presencia de determinados rasgos de personalidad como la dependiente, contribuye notablemente a la presencia de este tipo de conducta.

Participación social:

Proceso a través del cual las personas toman parte activa y decisiva en la toma de decisiones y actividades que tienen que ver con la mejora de sus condiciones sociales de vida y con la reducción o prevención de determinados riesgos. La participación social es la base sobre la cual se fortalecen los niveles de empoderamiento de las organizaciones sociales e individuales y se fomenta el desarrollo del capital social. Supone el compromiso en actividades sociales.

Participación activa:

Participación que supone la toma de una iniciativa de quien la emprende y el deseo de conducir su acción de cara al logro de los resultados que el participante persigue. El carácter activo el viene dado, sobre todo, por su autonomía a la hora de tomar parte en aquello de que se trate.

Política social:

El conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con la mayor equidad y justicia posibles.

PYMAAs (de mayores):

Pequeñas y Medianas Asociaciones (de mayores). Por similitud con el concepto de PYME, el de PYMA se refiere a las entidades asociativas que son de menor tamaño y que no agrupan a diversas asociaciones. Merece la pena utilizar este concepto cuando se da, como es el caso en Andalucía, un extendido minifundismo del sector asociativo de las personas mayores.

Red/es social/es:

Sistemas organizados para el contacto y el intercambio y distribución de recursos entre los miembros que las integran. Entre los recursos más típicos que circulan por una red están el apoyo y el capital en sus diversas formas.

Relaciones intergeneracionales:

Interacciones entre los individuos de generaciones diferentes. Por lo general se suele utilizar para referirse a las relaciones de influencia, intercambio y aprendizaje recíproco entre generaciones distintas.

Residencias asistidas:

Centros gerontológicos de atención especializada integral a mayores con graves minusvalías (demencia, incapacidad de locomoción....).

Sociedad para todas las edades:

En primer lugar, una sociedad para todas las edades es una sociedad que no crea barreras simbólicas o físicas entre niños, adultos y personas mayores, sino que facilita el contacto y la comunicación entre ellos. En tal sentido, edad quiere decir “grupo de edad”. En segundo lugar, una sociedad para todas las edades es una sociedad que facilita y mantiene las conversaciones y el aprendizaje mutuo entre individuos con diferentes referencias en el tiempo histórico. En este caso, edad significa “generación histórica”. En tercer lugar, una sociedad para todas las edades es una sociedad que tiene en cuenta continuidad y vinculación a través de toda la vida. Ahora edad se refiere a “fases de la vida”, nombradas y definidas por una cultura y una estructura social determinada. Evidentemente, los primeros dos significados están estrechamente relacionados con el tercero. La experiencia personal del viaje por la vida está profundamente configurada por los contextos sociales en los que se integra.

Tercer sector:

Organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad con fines de

interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.

Viviendas compartidas:

Utilizamos este término en un doble sentido. Por una lado, aludimos a soluciones de vivienda consistentes en que varias personas deciden aportar recursos para acondicionar un lugar en el que residir compartiendo ciertos servicios y apostando por una mayor convivencia en común y apoyo mutuo, por otro lado, son viviendas compartidas aquéllas en las que la persona propietaria accede a alojar a otra/s persona/s con el fin último de establecer un cierto intercambio de servicios -un ejemplo muy común en España lo constituyen las personas mayores que viven solas y que admiten, a un/a estudiante universitario/a del que recibir acompañamiento y al que ayudar a solucionar su problema de vivienda de modo más económico.

Viviendas tuteladas:

Son viviendas tuteladas aquellas destinadas a personas mayores que posean un grado suficiente de autonomía personal y se configuran como pequeñas unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, sometidas al cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa sobre centros de servicios sociales y supervisados por una entidad de servicios sociales, tanto de carácter público como privado.

Voluntariado-(mejor uso)- Acción Voluntaria organizada:

La Ley de Voluntariado de Andalucía define el concepto de Acción Voluntaria Organizada cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- Que sean actividades de interés general.
- Que se realice libremente y de forma responsable y gratuita.

Que se desarrolle en el marco de programas concretos realizados a través de entidades sin ánimo de lucro.

ANEXO II BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA (BVD)

1.-DISPOSICIONES GENERALES

REAL DECRETO 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

La disposición final séptima de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, faculta al Gobierno para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de la citada Ley, con la finalidad principal de hacer efectivo el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía que se reconoce a todos los españoles en situación de dependencia a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Con independencia de esta habilitación general, la disposición final quinta de la Ley encomienda al Gobierno la aprobación de un reglamento, que establezca el baremo para la valoración de los grados y niveles de dependencia previstos en los artículos 26 y 27. Asimismo, el Gobierno debe dar cumplimiento a la disposición adicional decimotercera de la Ley que establece una valoración específica para los menores de tres años que atienda a las especiales circunstancias que se derivan de su edad. De acuerdo con el capítulo III, título I, de la Ley, el baremo que se establece en el anexo I de esta norma determina los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión a este respecto para personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental.

La valoración tiene en cuenta los informes existentes relativos a la salud de la persona y al entorno en que se desenvuelve. Este instrumento de valoración de la situación de dependencia incluye un protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir y la determinación de los intervalos de puntuación que corresponden a cada uno de los grados y niveles de dependencia. Asimismo, este real decreto en cumplimiento de lo dispuesto en la disposición adicional novena de la Ley 39/2006,

posibilita también la efectividad del reconocimiento de la situación de dependencia de quienes tengan reconocida la pensión de gran invalidez o la necesidad de ayuda de tercera persona.

En el supuesto de las personas que tengan reconocido el complemento de gran invalidez, mediante la aplicación del baremo, se establecerá el grado y nivel de dependencia de cada persona, garantizando, en todo caso, el grado I dependencia moderada nivel 1. Y en lo que se refiere a quienes tengan reconocido el complemento de necesidad de tercera persona según el anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, se establece la aplicación de la correspondiente tabla de homologación. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 27 y en la disposición final quinta de la Ley 39/2006, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia adoptó el Acuerdo de 23 de marzo de 2007, por el que se aprueban el baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia, y la escala de valoración específica para menores de tres años, así como la homologación de los reconocimientos previos para aquellas personas que tengan reconocido el complemento de gran invalidez y para quienes tengan reconocido el complemento de la necesidad del concurso de otra persona. En cumplimiento de los artículos 40 y 41 de la Ley 39/2006, el proyecto ha sido sometido al Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, Consejo Estatal de Personas Mayores, Consejo Nacional de la Discapacidad, Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social, así como al Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, que han emitido informe favorable.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales y, en sustitución de éste y de conformidad con el Real Decreto 502/2007, de 19 de abril, la Vicepresidenta Primera del Gobierno y Ministra de la Presidencia, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 20 de abril de 2007,

DISPONGO:

Artículo único. Baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia y escala de valoración específica para los menores de tres años. Se aprueban el baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia y la escala de valoración específica para los menores de tres años que figuran como anexos I y II de este real decreto.

Disposición adicional primera. Efectividad del reconocimiento de las situaciones vigentes de gran invalidez y de la necesidad del concurso de otra persona.

1. A efectos de lo previsto en la disposición adicional novena de la Ley, a las personas que tengan reconocido el complemento de gran invalidez, se les reconocerá la situación de dependencia, con el grado y nivel que se determine mediante la aplicación del baremo establecido en el artículo anterior, garantizando en todo caso el grado I dependencia moderada, nivel I.

2. Asimismo, a las personas que tengan reconocido el complemento de la necesidad del concurso de otra persona, determinado según el baremo del anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación de grado de minusvalía, se les reconocerá el grado y nivel que les corresponda, en función de la puntuación específica otorgada por el citado baremo, de acuerdo con la siguiente tabla:

De 15 a 29 puntos: Grado I de dependencia, nivel 2.

De 30 a 44 puntos: Grado II de dependencia, nivel 2.

De 45 a 72 puntos: Grado III de dependencia, nivel 2.

3. Las personas que tengan reconocida la necesidad de asistencia de tercera persona, de acuerdo con el anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, continuarán disfrutando de todos los efectos jurídicos de dicho reconocimiento, cuando deban acreditarlo ante cualquier Administración o entidad pública o privada, en tanto no les sea reconocido el grado y nivel de dependencia que le corresponda conforme al presente baremo.

4. En los supuestos recogidos en los números anteriores de esta disposición adicional, el reconocimiento de la situación de dependencia, con el grado y nivel que se determine mediante la aplicación del baremo establecido en este real decreto, se

realizará por los órganos correspondientes, a instancias de la persona interesada o su representante legal.

Disposición adicional segunda. Valoración de la necesidad del concurso de otra persona para el reconocimiento de las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social y para el disfrute de cualquier beneficio, servicio o ayuda en los que sea necesaria la acreditación de esta situación. La determinación de la situación de dependencia y de la necesidad del concurso de otra persona a que se refieren los artículos 145.6, 182 bis 2.c), y 182 ter del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social se realizará mediante la aplicación del baremo aprobado por el presente Real Decreto, con las especificaciones relativas a la edad y tipo de discapacidad que se establecen en el mismo. La determinación de la situación de dependencia, mediante la aplicación de este baremo, servirá también para el disfrute de cualquier beneficio, servicio o ayuda establecidos por cualquier Administración Pública o entidad en los casos en que sea necesaria la acreditación de ayuda de tercera persona.

Disposición adicional tercera. Ampliación de los períodos de descanso por maternidad.

Para la ampliación del período de descanso por maternidad en los supuestos de discapacidad del hijo o menor acogido, se aplicará la escala de valoración específica para menores de 3 años, considerando que procede la ampliación cuando la valoración sea al menos del grado I moderado. Asimismo, a efectos de la ampliación del período de descanso por maternidad que, de acuerdo con la legislación aplicable, corresponda en los casos en que el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, serán tenidos en cuenta los internamientos hospitalarios iniciados durante los treinta días naturales siguientes al parto.

Disposición adicional cuarta. Revisión del baremo.

Transcurrido el primer año de aplicación del baremo de valoración de la situación de dependencia que se establece mediante este real decreto, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, realizará una evaluación de los resultados obtenidos y propondrá las modificaciones que, en su caso, estime procedentes.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Quedan derogadas cuantas normas de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en este real decreto. En particular, queda expresamente derogado el anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, sobre procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, sin perjuicio de lo previsto en la disposición adicional primera, apartado 3.

Disposición final única. Entrada en vigor. El presente real decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

ANEXO I**Baremo de Valoración de los grados y niveles de Dependencia (BVD)****INTRODUCCIÓN**

De acuerdo con el artículo 2.2 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, la dependencia es “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

El Baremo de Valoración de la Dependencia (en adelante, BVD) permite determinar las situaciones de dependencia moderada, dependencia grave y de gran dependencia,

- a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 25 a 49 puntos.
- b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.
- c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

Asimismo, el BVD permite identificar los dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiere de acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 26 de la Ley 39/2006. El BVD es aplicable en cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad, a partir de los 3 años.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

- 1. La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional cualificado y con la formación adecuada en el BVD. En el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, así como en aquellas otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva, tales como la sordoceguera y el daño cerebral, el cuestionario se aplicará en forma de entrevista en presencia de la persona a valorar y con la participación de persona que conozca debidamente la situación del solicitante.
- 2. La valoración se realizará teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas (Art. 27.5 de la Ley). Además, éstas, se deberán poner en relación con las barreras existentes en su entorno habitual.

3. El baremo debe ser aplicado en el entorno habitual de la persona, valorando las siguientes actividades y tareas del entorno habitual dentro y fuera del domicilio: Comer y beber; regulación de la micción/ defecación; lavarse las manos y lavarse la cara; desplazarse fuera del hogar. El resto de actividades y tareas del entorno habitual se corresponden con el domicilio habitual.
4. Se valora la necesidad de apoyo de otra persona en la actividad o tarea aunque la persona valorada lo esté recibiendo actualmente y con independencia de éste.
5. El baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental (Art. 27.4 de la Ley), así como en aquellas otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.
6. Para valorar la capacidad de la persona valorada para realizar por sí misma y de forma adecuada las tareas que se describen en el BVD debe tenerse en cuenta tanto su capacidad de ejecución física, como su capacidad mental y/o de iniciativa, siempre y cuando existan deficiencias permanentes (motrices, mentales, intelectuales, sensoriales o de otro tipo). En el caso de las patologías que cursan por brotes, la valoración se realizará en la situación basal del paciente, teniendo en cuenta la frecuencia, duración y gravedad de los brotes.
7. La valoración del desempeño de la persona valorada en las distintas tareas se enmarca en la valoración global de la actividad correspondiente. En aquellos casos en que las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como con afectaciones en su capacidad perceptivo-cognitiva, que son capaces de realizar las tareas de la actividad de un modo aislado, pero que requieren de apoyo y supervisión general para la realización, de un modo comprensivo, de la actividad en su conjunto se valorarán con falta de desempeño en todas las tareas de la actividad correspondiente.
8. El valorador identificará el nivel y los problemas de desempeño que tiene la persona valorada en las tareas que se incluyen en este formulario de acuerdo con los criterios de aplicación mencionados. Así mismo, señalará también el grado de apoyo de otra persona que requiere la persona valorada para llevar a cabo las tareas y actividades.
9. La valoración de actividades y tareas se realiza de acuerdo con los criterios de aplicabilidad que recoge la tabla de grupos de edad y de existencia de discapacidad intelectual o enfermedad mental (DI/EM) u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva (ver la tabla más adelante).

Lea detenidamente las descripciones y claves que aparecen a continuación.

Niveles de desempeño de tareas:

SÍ, la persona valorada es capaz de realizar la tarea sin el apoyo de otra persona.

NO, la persona valorada necesita el apoyo de otra persona.

NO APLICABLE.

Problemas en el desempeño de tareas:

F. No ejecuta físicamente la tarea.

C (solo aplicable en DI/EM). No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación.

I (solo aplicable en DI/EM). No muestra iniciativa para la realización de la tarea.

Grados de apoyo de otra persona en las tareas:

SP. Supervisión/ Preparación. La persona valorada sólo necesita que otra persona le prepare los elementos necesarios para realizar la actividad y/o le haga indicaciones o estímulos, sin contacto físico, para realizar la actividad correctamente y/o evitar que represente un peligro.

FP. Asistencia física parcial. La persona valorada requiere que otra persona colabore físicamente en la realización de la actividad.

FM. Asistencia física máxima. La persona valorada requiere que otra persona le sustituya en la realización física de la actividad.

ES. Asistencia especial. La persona valorada presenta trastornos de comportamiento y/o problemas perceptivos-cognitivos que dificultan la prestación del apoyo de otra persona en la realización de la actividad.

En la valoración de la dependencia se consideran las siguientes actividades de autocuidado, movilidad y tareas domésticas que se conceptualizan, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS 2001), tal como se detallan a continuación; así como la actividad de tomar decisiones en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

COMER Y BEBER: Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos. Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, beber a través de una ayuda instrumental.

REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN: Indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado para orinar/defecar, manipular la ropa antes y después de orinar/defecar, y limpiarse después de orinar/defecar.

LAVARSE: Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla.

OTROS CUIDADOS CORPORALES: Cuidado de partes del cuerpo que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse.

VESTIRSE: Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, (...), zapatos, botas, sandalias y zapatillas.

MANTENIMIENTO DE LA SALUD: Cuidar de uno mismo siendo consciente de las propias necesidades y haciendo lo necesario para cuidar de la propia salud, tanto para reaccionar frente a los riesgos sobre la salud, como para prevenir enfermedades, tal como buscar asistencia médica; seguir consejos médicos y de otros profesionales de la salud; y evitar riesgos.

TRANSFERENCIAS CORPORALES: Agrupa las actividades siguientes.

- Sentarse: Adoptar y abandonar la posición de sentado, y cambiar la posición del cuerpo de estar sentado a cualquier otra como levantarse o tumbarse.
- Tumbarse: Adoptar y abandonar una posición tumbada o cambiar la posición del cuerpo de la horizontal a cualquier otra, como ponerse de pie o sentarse.

- Ponerse de pie: Adoptar y abandonar la posición de estar de pie o cambiar la posición corporal de estar de pie a cualquier otra posición como tumbarse o sentarse.
- Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado: Moverse, estando sentado, de un asiento a otro, en el mismo o diferente nivel, como moverse desde una silla a una cama.
- Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado: Moverse estando tumbado de un lugar a otro en el mismo o diferente nivel, como pasar de una cama a otra.

DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR: Andar y/o moverse dentro de la propia casa, dentro de una habitación, entre diferentes habitaciones.

DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR: Caminar y/o moverse, cerca o lejos de la propia vivienda, y/o utilización de medios de transporte, públicos o privados.

TAREAS DOMÉSTICAS: Agrupa las actividades siguientes.

- Preparar comidas: Idear, organizar, cocinar y servir comidas frías y calientes para uno mismo.
- Hacer la compra: Conseguir a cambio de dinero bienes y servicios necesarios para la vida diaria, como la selección de alimentos, bebidas, productos de limpieza, artículos para la casa o ropa; comparar la calidad y precio de los productos necesarios, negociar y pagar por los bienes o servicios seleccionados y transportar los bienes.
- Limpiar y cuidar de la vivienda: Incluye actividades como ordenar y quitar el polvo, barrer, fregar y pasar la fregona/trapeador a los suelos, limpiar ventanas y paredes, limpiar cuartos de baño e inodoros/excusados, limpiar muebles; así como lavar los platos, sartenes, cazuelas y los utensilios de cocina, y limpiar las mesas y suelos alrededor del área donde se come y cocina
- Lavar y cuidar la ropa: Lavar la ropa (a mano o a máquina), secarla (al aire o a máquina), plancharla, y guardarla en el armario o similar.

TOMAR DECISIONES. Capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de como vivir de acuerdo con las normas y preferencia propias. Agrupa la toma de decisiones relativas a las actividades de autocuidado, actividades de movilidad, tareas domésticas, interacciones interpersonales básicas y complejas, usar y gestionar el dinero y uso de servicios a disposición del público.

TABLA DE APLICABILIDAD DE TAREAS Y ACTIVIDADES DEL BVD

A continuación se presenta en forma de tabla los criterios de aplicabilidad de las tareas y actividades del BVD en función del grupo de edad de la persona valorada, así como en función de la presencia de discapacidad intelectual o enfermedad mental u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva. Las tareas o actividades que no son aplicables en el caso de la persona valorada se señalan en la tabla siguiente ☒ NA.

El sistema de ponderación de tareas y actividades del baremo se ajusta en función las tareas y actividades que son aplicables en el caso de la persona valorada, de acuerdo con las tablas de pesos que aparecen en el anexo de este documento.

Aplicables en todas las situaciones de dependencia	3 a 6 años	7 a 10 años	11 a 17 años	18 y más años
COMER Y BEBER				
Emplear nutrición y/o hidratación artificial	NA	NA	Sí	Sí
Abrir botellas y latas	NA	Sí	Sí	Sí
Cortar o partir la carne en trozos	NA	Sí	Sí	Sí

Aplicables en todas las situaciones de dependencia	3 a 6 años	7 a 10 años	11 a 17 años	18 y más años
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	Sí	Sí	Sí	Sí
Sujetar el recipiente de bebida	Sí	Sí	Sí	Sí
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	Sí	Sí	Sí	Sí
Sorber las bebidas	Sí	Sí	Sí	Sí
REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN				
Acudir a un lugar adecuado	Sí	Sí	Sí	Sí
Manipular la ropa	Sí	Sí	Sí	Sí
Adoptar y abandonar la postura adecuada	Sí	Sí	Sí	Sí
Limpiarse	NA	Sí	Sí	Sí
Continencia micción	Sí	Sí	Sí	Sí
Continencia defecación	Sí	Sí	Sí	Sí
LAVARSE				
Lavar las manos	Sí	Sí	Sí	Sí
Lavar la cara	Sí	Sí	Sí	Sí
Lavar la parte inferior del cuerpo	NA	Sí	Sí	Sí
Lavar la parte superior del cuerpo	NA	Sí	Sí	Sí
OTROS CUIDADOS CORPORALES				
Peinarse	NA	Sí	Sí	Sí
Cortarse las uñas	NA	NA	Sí	Sí
Lavar el pelo	NA	Sí	Sí	Sí
Lavar los dientes	NA	Sí	Sí	Sí
VESTIRSE				
Calzarse	NA	Sí	Sí	Sí
Abrocharse botones	NA	Sí	Sí	Sí
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA	Sí	Sí	Sí
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA	Sí	Sí	Sí
MANTENIMIENTO DE LA SALUD				
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA	Sí	Sí	Sí
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA	Sí	Sí	Sí
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA	NA	Sí	Sí
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	Sí	Sí
TRANSFERENCIAS CORPORALES				
Sentarse	Sí	Sí	Sí	Sí
Tumbarse	Sí	Sí	Sí	Sí
Ponerse de pie	Sí	Sí	Sí	Sí
Transferir mientras sentado	Sí	Sí	Sí	Sí
Transferir mientras acostado	Sí	Sí	Sí	Sí
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR				
Desplazamientos vinculados al autocuidado	Sí	Sí	Sí	Sí
Desplazamientos no vinculados al autocuidado	Sí	Sí	Sí	Sí
Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones	Sí	Sí	Sí	Sí

Aplicables en todas las situaciones de dependencia	3 a 6 años	7 a 10 años	11 a 17 años	18 y más años
Accede a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside	Sí	Sí	Sí	Sí
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR				
Acceso al exterior	NA	Sí	Sí	Sí
Desplazamiento alrededor del edificio	NA	Sí	Sí	Sí
Desplazamiento cercano	NA	Sí	Sí	Sí
Desplazamiento lejano	NA	NA	Sí	Sí
Utilización de medios transporte	NA	NA	Sí	Sí
REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS				
Preparar comidas	NA	NA	NA	Sí
Hacer la compra	NA	NA	NA	Sí
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	Sí
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	Sí

Aplicables sólo en situaciones de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental o con deficiencia en la capacidad perceptivo-cognitiva	3 a 6 años	7 a 10 años	11 a 17 años	18 y más años
TOMAR DECISIONES				
Actividades de autocuidado	Sí	Sí	Sí	Sí
Actividades de movilidad	Sí	Sí	Sí	Sí
Tareas domésticas	NA	NA	NA	Sí
Interacciones interpersonales	Sí	Sí	Sí	Sí
Usar y gestionar el dinero	NA	Sí	Sí	Sí
Uso de servicios a disposición del público	NA	NA	Sí	Sí

VALORACIÓN EN COMER Y BEBER

¿Es capaz de realizar las siguientes tareas relativas a comer y beber sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Emplear nutrición y/o hidratación artificial	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Abrir botellas y latas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Cortar o partir la comida en trozos	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Sujetar el recipiente de bebida	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Sorber las bebidas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

1. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.	2. Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.	3. Identificación del empleo de ayudas técnicas.
		4. Barreras o facilitadores en el entorno.
		5. Otras observaciones.

VALORACIÓN EN REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN

¿Es capaz de realizar las siguientes tareas relativas a la regulación de la micción/defecación sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Acudir a un lugar adecuado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Manipular la ropa	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Adoptar o abandonar la postura adecuada	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Limpiarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Continencia micción	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Continencia defecación	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

6. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.	7. Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.	8. Identificación del empleo de ayudas técnicas.
		9. Barreras o facilitadores en el entorno.
		10. Otras observaciones.

VALORACIÓN EN LAVARSE

¿Es capaz de realizar las siguientes tareas relativas a lavarse sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Lavarse las manos	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse la cara	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse la parte inferior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse la parte superior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

11. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.	12. Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.	13. Identificación del empleo de ayudas técnicas.
		14. Barreras o facilitadores en el entorno.
		15. Otras observaciones.

VALORACIÓN EN OTROS CUIDADOS CORPORALES

¿Es capaz de realizar las siguientes tareas relacionadas con otros cuidados corporales sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Peinarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Cortarse la uñas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse el pelo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Lavarse los dientes	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

16. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.	17. Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.	18. Identificación del empleo de ayudas técnicas.
		19. Barreras o facilitadores en el entorno.
		20. Otras observaciones.

VALORACIÓN EN VESTIRSE

¿Es capaz de realizar las siguientes tareas relacionadas con el vestirse sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Calzarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Abrocharse botones	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

21. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.	22. Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.	23. Identificación del empleo de ayudas técnicas.
		24. Barreras o facilitadores en el entorno.
		25. Otras observaciones.

VALORACIÓN EN MANTENIMIENTO DE LA SALUD

¿Es capaz de realizar las siguientes tareas relacionadas con el mantenimiento de la salud sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Evitar riesgos dentro del domicilio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Evitar riesgos fuera del domicilio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Pedir ayuda ante una urgencia	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

26. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.	27. Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.	28. Identificación del empleo de ayudas técnicas.
		29. Barreras o facilitadores en el entorno.
		30. Otras observaciones.

VALORACIÓN EN TRANSFERENCIAS CORPORALES

¿Es capaz de realizar las siguientes tareas relacionadas con las transferencias corporales sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Sentarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Tumbarse	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Ponerse de pie	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Transferirse mientras sentado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Transferirse mientras acostado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

31. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.	32. Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.	33. Identificación del empleo de ayudas técnicas.
		34. Barreras o facilitadores en el entorno.
		35. Otras observaciones.

VALORACIÓN EN DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR

¿Es capaz de realizar las siguientes tareas relacionadas con el desplazarse dentro del hogar sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

36. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.	37. Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.	38. Identificación del empleo de ayudas técnicas.
		39. Barreras o facilitadores en el entorno.
		40. Otras observaciones.

VALORACIÓN EN DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR

¿Es capaz de realizar las siguientes tareas relacionadas con el desplazarse fuera del hogar sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Acceder al exterior del edificio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Desplazarse alrededor del edificio	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Realizar desplazamiento cercano	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Desplazamiento lejano	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Utilización de medios de transporte	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

41. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.	42. Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.	43. Identificación del empleo de ayudas técnicas.
		44. Barreras o facilitadores en el entorno.
		45. Otras observaciones.

VALORACIÓN EN REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS

¿Es capaz de realizar las siguientes tareas relacionadas con las tareas domésticas sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Preparar comidas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Hacer la compra	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Limpiar y cuidar la vivienda	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Lavar y cuidar la ropa	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

46. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.	47. Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.	48. Identificación del empleo de ayudas técnicas.
		49. Barreras o facilitadores en el entorno.
		50. Otras observaciones.

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES

¿Es capaz de tomar decisiones relacionadas con las siguientes actividades sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

TAREAS	DESEMPEÑO			Problemas en desempeño			GRADO DE APOYO PERSONAL		
				F	C	I			
Actividades de autocuidado	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Actividades de movilidad	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Tareas domésticas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Interacciones interpersonales básicas y complejas	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Usar y gestionar el dinero	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES
Uso de servicios a disposición del público	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> FP	<input type="checkbox"/> ES

NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

51. Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.	52. Descripción del funcionamiento del solicitante en la actividad.	53. Identificación del empleo de ayudas técnicas.
		54. Barreras o facilitadores en el entorno.
		55. Otras observaciones.

RESUMEN DE RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

ACTIVIDADES	TAREAS	DESEMPEÑO	PROBLEMAS EN DESEMPEÑO			GRADO DE APOYO	PUNTOS
COMER Y BEBER	Emplear nutrición y/o hidratación artificial		F	C	1		
	Abrir botellas y latas		F	C	1		
	Cortar o partir la carne en trozos		F	C	1		
	Usar cubiertos para llevar la comida a la boca		F	C	1		
	Sujetar el recipiente de bebida		F	C	1		
	Acercarse el recipiente de bebida a la boca		F	C	1		
	Sorber las bebidas		F	C	1		
REGULACIÓN DE LA MICCIÓN / DEFECACIÓN	Acudir a un lugar adecuado		F	C	1		
	Manipular la ropa		F	C	1		
	Adoptar y abandonar la postura adecuada		F	C	1		
	Limpiarse		F	C	1		
	Continencia micción		F	C	1		
LAVARSE	Lavar las manos		F	C	1		
	Lavar la cara		F	C	1		
	Lavar la parte inferior del cuerpo		F	C	1		
	Lavar la parte superior del cuerpo		F	C	1		
OTROS CUIDADOS CORPORALES	Peinarse		F	C	1		
	Cortarse las uñas		F	C	1		
	Lavar el pelo		F	C	1		
	Lavar los dientes		F	C	1		
VESTIRSE	Calzarse		F	C	1		
	Abrocharse botones		F	C	1		
	Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo		F	C	1		
	Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo		F	C	1		
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas		F	C	1		
	Evitar riesgos dentro del domicilio		F	C	1		
	Evitar riesgos fuera del domicilio		F	C	1		
	Pedir ayuda ante una urgencia		F	C	1		
TRANSFERENCIAS CORPORALES	Sentarse		F	C	1		
	Turnarse		F	C	1		
	Ponerse de pie		F	C	1		
	Transferir mientras sentado		F	C	1		
	Transferir mientras acostado		F	C	1		
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado		F	C	1		
	Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado		F	C	1		
	Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones		F	C	1		
	Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual		F	C	1		
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	Acceder al exterior del edificio		F	C	1		
	Desplazarse alrededor del edificio		F	C	1		
	Realizar desplazamientos cercanos		F	C	1		
	Realizar desplazamientos lejanos		F	C	1		
	Utilizar medios de transporte		F	C	1		
TAREAS DOMÉSTICAS	Preparar comidas		F	C	1		
	Hacer la compra		F	C	1		
	Limpiar y cuidar de la vivienda		F	C	1		
	Lavar y cuidar la ropa		F	C	1		
TOMAR DECISIONES	Actividades de autocuidado		F	C	1		
	Actividades de movilidad		F	C	1		
	Tareas domésticas		F	C	1		
	Relaciones interpersonales		F	C	1		
	Gestión del dinero		F	C	1		
	Uso de servicios a disposición del público		F	C	1		

Puntuación total

Grado Nivel

DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA

La determinación del grado y nivel de la dependencia de la persona valorada se obtiene a partir de la puntuación final obtenida en la aplicación del BVD de acuerdo con la siguiente escala de puntuación:

Puntos		Puntos	
Grado I	25-49	Nivel 1	25-39
		Nivel 2	40-49
Grado II	50-74	Nivel 1	50-64
		Nivel 2	65-74
Grado III	75-100	Nivel 1	75-89
		Nivel 2	90-100

La puntuación final se obtiene de la suma de los pesos de las tareas (ver anexo A) en que la persona valorada no tiene desempeño ponderada por el coeficiente del grado de apoyo en cada tarea (ver anexo C) y el peso de la actividad correspondiente. En el caso de las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como con afectaciones en su capacidad perceptivo-cognitiva se empleará además una tabla específica de pesos de las tareas (ver anexo B), seleccionando como puntuación final aquella que resulte más beneficiosa para la persona valorada.

ANEXO A: TABLA GENERAL DE PESOS DE TAREAS Y ACTIVIDADES

ACTIVIDADES / TAREAS	3-6 AÑOS	7-10 AÑOS	11-17 AÑOS	18+ AÑOS
Abrir botellas y latas	NA	0,10	0,10	0,10
Cortar o partir la carne en trozos	NA	0,25	0,25	0,25
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,38	0,25	0,25	0,25
Sujetar el recipiente de bebida	0,23	0,15	0,15	0,15
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,23	0,15	0,15	0,15
Sorber las bebidas	0,15	0,10	0,10	0,10
COMER Y BEBER	29,1	19,3	19,3	17,8
Acudir a un lugar adecuado	0,25	0,20	0,20	0,20
Manipular la ropa	0,19	0,15	0,15	0,15
Adoptar y abandonar la postura adecuada	0,25	0,20	0,20	0,20
Limpiarse	NA	0,20	0,20	0,20
Continencia micción	0,13	0,10	0,10	0,10
Continencia defecación	0,19	0,15	0,15	0,15
REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN	24,2	16,1	16,1	14,8
Lavarse las manos	0,50	0,15	0,15	0,15
Lavarse la cara	0,50	0,15	0,15	0,15
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
LAVARSE	14,5	9,6	9,6	8,8
Peinarse	NA	0,33	0,30	0,30
Cortarse las uñas	NA	NA	0,15	0,15
Lavarse el pelo	NA	0,33	0,25	0,25
Lavarse los dientes	NA	0,33	0,30	0,30
OTROS CUIDADOS CORPORALES	NA	3,2	3,2	2,9
Calzarse	NA	0,15	0,15	0,15
Abrocharse botones	NA	0,15	0,15	0,15
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
VESTIRSE	NA	12,9	12,9	11,9
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA	NA	0,25	0,25
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	0,25	0,25
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NA	3,2	3,2	2,9
Sentarse	0,15	0,15	0,15	0,15
Tumbarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Ponerse de pie	0,20	0,20	0,20	0,20
Transferir mientras sentado	0,25	0,25	0,25	0,25
Transferir mientras acostado	0,30	0,30	0,30	0,30
TRANSFERENCIAS CORPORALES	12,0	8,0	8,0	7,4
Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado	0,50	0,50	0,50	0,50
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	0,25	0,25	0,25
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones	0,10	0,10	0,10	0,10
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual	0,15	0,15	0,15	0,15
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	20,2	13,4	13,4	12,3
Acceder al exterior del edificio	NA	0,42	0,25	0,25
Desplazarse alrededor del edificio	NA	0,42	0,25	0,25
Realizar desplazamientos cercanos	NA	0,17	0,10	0,10
Realizar desplazamientos lejanos	NA	NA	0,15	0,15
Utilizar medios de transporte	NA	NA	0,25	0,25
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	NA	14,3	14,3	13,2
Preparar comidas	NA	NA	NA	0,45
Hacer la compra	NA	NA	NA	0,25
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	0,20
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	0,10
TAREAS DOMÉSTICAS	NA	NA	NA	8,0
Actividades de autocuidado	NA	NA	NA	NA
Actividades de movilidad	NA	NA	NA	NA
Tareas domésticas	NA	NA	NA	NA
Relaciones interpersonales	NA	NA	NA	NA
Gestión del dinero	NA	NA	NA	NA
Uso de servicios a disposición del público	NA	NA	NA	NA
TOMAR DECISIONES	NA	NA	NA	NA

ANEXO B: TABLA ESPECÍFICA DE PESOS DE TAREAS Y ACTIVIDADES

ACTIVIDADES / TAREAS	3-6 AÑOS	7-10 AÑOS	11-17 AÑOS	18+ AÑOS
Abir botellas y latas	NA	0,10	0,10	0,10
Cortar o partir la carne en trozos	NA	0,25	0,25	0,25
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,38	0,25	0,25	0,25
Sujetar el recipiente de bebida	0,23	0,15	0,15	0,15
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,23	0,15	0,15	0,15
Sorber las bebidas	0,15	0,10	0,10	0,10
COMER Y BEBER	18,3	10,9	10,9	10,0
Acudir a un lugar adecuado	0,25	0,20	0,20	0,20
Manipular la ropa	0,19	0,15	0,15	0,15
Adoptar y abandonar la postura adecuada	0,25	0,20	0,20	0,20
Limpiarse	NA	0,20	0,20	0,20
Continencia micción	0,13	0,10	0,10	0,10
Continencia defecación	0,19	0,15	0,15	0,15
REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN	12,8	7,6	7,6	7,0
Lavar las manos	0,50	0,15	0,15	0,15
Lavar la cara	0,50	0,15	0,15	0,15
Lavar la parte inferior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
Lavar la parte superior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
LAVARSE	14,7	8,7	8,7	8,0
Peinarse	NA	0,33	0,30	0,30
Cortarse las uñas	NA	NA	0,15	0,15
Lavar el pelo	NA	0,33	0,25	0,25
Lavar los dientes	NA	0,33	0,30	0,30
OTROS CUIDADOS CORPORALES	NA	2,2	2,2	2,0
Calzarse	NA	0,15	0,15	0,15
Abrocharse botones	NA	0,15	0,15	0,15
Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo	NA	0,35	0,35	0,35
VESTIRSE	NA	12,6	12,6	11,6
Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar riesgos dentro del domicilio	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar riesgos fuera del domicilio	NA	NA	0,25	0,25
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	0,25	0,25
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	NA	12,0	12,0	11,0
Sentarse	0,15	0,15	0,15	0,15
Tumbarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Ponerse de pie	0,20	0,20	0,20	0,20
Transferir mientras sentado	0,25	0,25	0,25	0,25
Transferir mientras acostado	0,30	0,30	0,30	0,30
TRANSFERENCIAS CORPORALES	3,7	2,2	2,2	2,0
Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado	0,50	0,50	0,50	0,50
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	0,25	0,25	0,25
Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones	0,10	0,10	0,10	0,10
Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual	0,15	0,15	0,15	0,15
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	22,2	13,2	13,2	12,1
Acceder al exterior del edificio	NA	0,42	0,25	0,25
Desplazarse alrededor del edificio	NA	0,42	0,25	0,25
Realizar desplazamientos cercanos	NA	0,17	0,10	0,10
Realizar desplazamientos lejanos	NA	NA	0,15	0,15
Utilizar medios de transporte	NA	NA	0,25	0,25
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	NA	14,0	14,0	12,9
Preparar comidas	NA	NA	NA	0,45
Hacer la compra	NA	NA	NA	0,25
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	0,20
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	0,10
TAREAS DOMÉSTICAS	NA	NA	NA	8,0
Actividades de autocuidado	0,43	0,38	0,33	0,30
Actividades de movilidad	0,29	0,25	0,22	0,20
Tareas domésticas	NA	NA	NA	0,10
Relaciones interpersonales	0,29	0,25	0,22	0,20
Gestión del dinero	NA	0,13	0,11	0,10
Uso de servicios a disposición del público	NA	NA	0,11	0,10
TOMAR DECISIONES	28,3	16,7	16,7	15,4

ANEXO C: TABLA DE COEFICIENTES DE GRADOS DE APOYO

GRADOS DE APOYO	COEFICIENTE
Supervisión/preparación	0,90
Asistencia física parcial	0,90
Asistencia física máxima	0,95
Asistencia especial	1,00

ANEXO III PROPUESTAS- RECOMENDACIONES PARA UN ENVEJECIMIENTO AUTÓNOMO Y COMPETENTE

PROPUESTAS O RECOMENDACIONES

En este Anexo se hacen una serie de propuestas o recomendaciones donde, de forma concreta, se sugieren determinadas acciones a emprender para prevenir y/o mejorar la situación de dependencia de las personas mayores.

Las propuestas las organizamos en tres bloques siguiendo el LBEA publicado por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (2010):

- A.- Envejecer saludablemente.
- B.- Envejecer formándose y educándose.
- C.- Envejecer participando y contribuyendo.

No obstante, queremos hacer constar que obviar aquí el apartado “ vivir en seguridad” se debe a ser fiel al modelo Bio-psico-social en el que nos hemos basado en esta tesis y sin menoscabar la importancia que este bloque tiene como protección jurídica a las personas mayores.

A.- Envejecer saludablemente.

Para envejecer de forma saludable se propone o recomienda:

- 1.- Fomentar la dieta mediterránea, que se caracteriza por:
 - Elevado consumo de cereales, frutas, verduras, frutos secos, legumbres.
 - Aceite de oliva como fuente principal de grasa.
 - Consumo moderado de pescado, pollo, leche y lácteos.
 - Bajo consumo de carne y productos cárnicos.

2.- Fomentar la alimentación saludable. Para ello se hace necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- La totalidad de los profesionales de la salud deben recibir formación en atención nutricional (Silver Paper).

- Se debe considerar la capacidad de comprar y preparar alimentos, las situaciones de emergencia y las situaciones de pérdida de funcionalidad y actividad que puedan limitar de forma transitoria o progresiva el acceso a la adecuada nutrición.

- Incluir políticas sociales globales que promuevan la producción, distribución y comercialización de alimentos idóneos desde el punto de vista nutritivo y de condiciones higiénicas así como acentuar los aspectos atractivos y agradables de la alimentación, los placeres de la buena mesa y la compañía.

- Procurar el acceso a los alimentos y a la nutrición adecuada.

3.- Fomentar la práctica regular de ejercicio físico en las personas mayores, a través de campañas de sensibilización y mediante medidas tendentes a propiciar ventajas económicas (por ejemplo descuentos en cuotas de usuario) para las personas mayores que acudan a instalaciones deportivas o utilicen servicios que impliquen la realización de ejercicio físico.

4.- Promover iniciativas que fomenten la actividad física, adaptándolas a las características funcionales y las preferencias de las personas mayores (Huertos saludables, Rutas saludables como “Un millón de pasos”, Bailes de salón, oficios tradicionales, etc.).

5.- Aprovechar las instalaciones y estadios deportivos para hacer de ellos foco de irradiación del envejecimiento activo a través de la práctica adecuada del deporte.

6.- Desarrollar la normativa necesaria para restringir el consumo de tabaco en zonas públicas que proteja en todo momento a las personas no fumadoras, además de regular el acceso de la población más joven al consumo de tabaco, facilitando programas de deshabituación tabáquica a las personas mayores promoviendo los tratamientos más adecuados a sus necesidades y características individuales, así como desarrollar acciones específicas que incidan sobre el grupo de chicas de 16 a 24 años.

7.- Desarrollar campaña divulgativas dirigidas a la prevención del daño que puede derivarse del consumo de alcohol.

8.- Garantizar un tratamiento accesible, eficaz, flexible, basado en la mejor evidencia científica y adaptado a sus circunstancias, a aquellas personas mayores con problemas relacionados con el alcohol.

9.- Favorecer una correcta salud bucodental a lo largo de toda la vida a fin de prevenir problemas específicos, funcionales, nutricionales, así como otros que afectan a la comunicación o la propia imagen y que inciden en el bienestar de las personas y en su calidad de vida.

10.- Favorecer desde la sociedad y desde las instituciones, la normalización de la sexualidad de las personas mayores.

11.- Incluir a todas las personas mayores en todas las estrategias de promoción de la salud mental que se impulsen desde los diferentes ámbitos.

12.- Promover el entrenamiento de la memoria, la estimulación mental y las estrategias de compensación mental, así como la formación de profesionales que promocionan estas actividades de estimulación cognitiva.

13.- Facilitar la capacitación de las personas para mejorar la autoeficacia, resolución de problemas, conducta prosocial y capacidad de afrontamiento a lo largo del ciclo vital.

14.- Tener en cuenta la influencia de las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en la salud mental de éstas, con el objeto de impulsar medidas de discriminación positiva.

15.- Formular y aplicar estrategias destinadas a mejorar la prevención, detección temprana y tratamiento de las enfermedades mentales en las personas mayores, con inclusión de procedimientos de diagnóstico, medicación adecuada, psicoterapia y capacitación del personal que atiende a este subgrupo de población elevando la calidad de la evaluación y diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos relacionados en las primeras etapas de su manifestación, mejorar el infradiagnóstico de la depresión, y reducir las altas tasas de suicidio en las personas mayores.

16.- Informar y concienciar a la población de personas mayores de 65 años de la efectividad de la vacuna de la gripe, y de difteria/tétanos, y la neumocócica en los casos en los que exista una patología crónica previa que clínicamente lo justifique.

17.- Establecer medidas específicas desde las diferentes administraciones para disminuir los factores de riesgo que provocan accidentes en las personas mayores tanto, en el entorno privado como en el exterior.

18.- Evitar los factores de riesgos de las caídas:

- Mejorando la calidad de vida de las personas y los problemas de salud que las favorecen y prestando especial atención a las enfermedades que más afectan al equilibrio y la postura, así como a la polimedicación.

- Adaptando el entorno a las características y necesidades de las personas mayores incluyendo las prendas personales, el domicilio y el barrio.

19.- Implantar programas específicos para paliar el deterioro en la movilidad que sufren las personas mayores a consecuencia del proceso natural de envejecimiento, teniendo en cuenta:

- Favorecer el mantenimiento de la movilidad y promover el ejercicio adaptado.
- Realizar un diseño urbanístico y de los medios de transporte que tenga en cuenta las limitaciones y particularidades de la movilidad de las personas mayores.
- Promover campañas de concienciación dirigidas hacia las personas sin limitación de movilidad.

20.- Prevenir el cáncer tanto su aparición, como sus impactos negativos una vez que se ha desarrollado. Para ello es necesario adoptar las medidas siguientes:

- Prevención primaria (consejos y estilo de vida): serían todas aquellas intervenciones dirigidas a reducir la probabilidad de aparición del cáncer o aminorar interrumpir su progresión incidiendo en los factores de riesgo asociados a su desarrollo.
- Prevención secundaria (cribado): tiene por objetivo detectar la enfermedad antes de que se manifieste clínicamente, en aquellas enfermedades en las que un tratamiento precoz permita mejorar su pronóstico.

21.- Promover que las personas mayores tengan un peso normal y evitar la obesidad y sus complicaciones.

22.- Fomentar la correcta nutrición entre las personas mayores, favoreciendo el peso normal y la ingesta adecuada de nutrientes.

23.- Realizar cribados basados en la evidencia en el colectivo de las personas mayores para favorecer la detección precoz de problemas de salud específico, situaciones de riesgo para la salud, situaciones de dependencia y de pérdida de la calidad de vida.

24.- Mejorar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), pues ello prolonga la vida de las personas y su calidad de vida, al ser éstos prevenibles, tratables y modificables.

25.- Establecer estrategias diferenciadas para ambos sexos, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

26.- Fomentar el diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de las enfermedades osteoarticulares que incluya programas de ejercicio físico como medida preventiva y de tratamiento, así como la realización de programas de investigación con el fin de dilucidar el papel real de la actividad física reglada en la prevención y tratamiento de enfermedades osteoarticulares.

27.- Conocer las enfermedades osteoarticulares específicas, tales como la osteoporosis y la fibromialgia, para que se beneficien de programas de ejercicio físico si éstos están diseñados adecuadamente.

28.- Establecer estrategias para la detección precoz de la fragilidad con medidas específicas para la detección en mujeres, donde la fragilidad es mayor.

29.- Promover la sensibilización y educación de la ciudadanía en el uso adecuado de medicamentos a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de minimizar los riesgos asociados a su consumo.

30.- Evitar la automedicación (incluidos los productos naturales) y el consumo de fármacos innecesarios.

31.- Recuperar el respeto de la sociedad hacia las personas mayores evitando la discriminación por la edad y modificando el imaginario colectivo asociado a la ancianidad (decrepitud e inutilidad vs sabiduría y experiencia). Para ello es preciso cambiar las expectativas sociales hacia el rol de la mujer como cuidadora abnegada a costa de su propia salud y bienestar, promoviendo la corresponsabilidad de hombre y mujeres en las tareas de cuidados, también a las personas mayores y dependientes.

32.- Prevenir las situaciones de maltrato mediante la detección precoz y el abordaje de los factores de riesgo.

33.- Promover la investigación básica que pueda aplicarse a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades relacionadas con el proceso del envejecimiento, incentivando líneas de investigación de Envejecimiento Saludable cuyos objetivos contemplen el fomento de la autonomía y la puesta en marcha de aquellas medidas que ayuden a prolongar la duración de la vida libre de discapacidad y a mejorar la calidad de vida de aquellas personas que presenten diferentes niveles de discapacidad .

34.- Formar en el campo del envejecimiento activo y la atención a personas mayores requiere de conocimientos, actitudes y habilidades que permitan el apoyo para que las personas asuman las riendas de su vida en un hacer proactivo.

35.- Mejorar el acceso de las personas mayores y de las personas que les cuidan a los servicios de salud y a otros servicios necesarios para mantener su autonomía, a través de las TIC, así como impulsar la aplicación de nuevas tecnologías para la mejora de la autonomía de las personas. (como, por ejemplo, el desarrollo de la domótica).

36.- Detectar, estudiar y abordar a las familias de riesgo socio-sanitario que convivan con una persona mayor, sobre todo en los casos en los que se pueda requerir una intervención socio-sanitaria de emergencia.

37.- Mantener la residencia de las personas mayores en el entorno familiar y domiciliario habitual siempre que sea posible y así lo deseen las personas implicadas.

38.- Mantener y fortalecer las redes sociales en las personas mayores, así como impulsar el proyecto: “Entornos Saludables: Las Ciudades del Siglo XXI”, para toda Andalucía, y proponer medidas de discriminación positiva en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS).

39.- Fomentar un entorno accesible, para lo que se requiere la puesta en marcha de medidas que sitúen a todas las personas, independientemente de sus características culturales, de edad, de discapacidad, etc, en condiciones de igualdad, en cuanto al acceso a los recursos sanitarios.

40.- Generar un entorno sanitario que ofrezca una atención sanitaria integral y que se sensible a la no discriminación por razón de edad y que incorpore la mirada de género, también en este grupo de edad.

41.- Promover un entorno que favorezca una atención socio-sanitaria integral, sin fracturas entre el sistema sanitario y el sistema del bienestar social.

B.- Envejecer formándose y educándose.

Envejecer formándose y educándose es equivalente a proponer la educación a lo largo de la vida, para lo cual se recomienda:

1.- Diversificar y flexibilizar las propuestas de educación a lo largo del ciclo vital para atender más eficazmente al colectivo de personas mayores como grupo heterogéneo y complejo.

2.- Fomentar y extender la formación a lo largo de la vida con programas bien definidos, diseñados y adaptados a las personas mayores. Para ello sería conveniente:

- Flexibilizar los programas educativos para adecuarlos a las necesidades de las personas mayores.

- Concienciar a las personas, conforme envejezcan, de la necesidad de la formación a lo largo de la vida.

3.- Impulsar la educación a lo largo de la vida, con independencia del nivel educativo, económico o de género. Para ello sería conveniente:

- Abordar la educación permanente para y por las personas mayores.
- Hacer accesible la educación a todas las personas mayores que lo deseen.
- Adaptar la formación permanente a las personas a las que va dirigida.

4.- Promover la implementación de programas cognitivos durante el envejecimiento para facilitar la integración. Para ello sería conveniente:

- Posibilitar que las personas mayores se ejerciten en tareas verbales y de comunicación a través de la formación continua.
- Promover el empoderamiento y cambiar los imperativos negativos sobre la vejez, el envejecimiento y el aprendizaje en estas edades.

5.- Dinamizar a las instituciones públicas y privadas y a la sociedad civil para implementar programas que favorezcan el envejecimiento activo en la comunidad autónoma andaluza. Para ello sería conveniente:

- Concienciar a las personas mayores andaluzas de la conveniencia de la formación a lo largo de toda la vida.
- Favorecer los diferentes programas de mayores para mejorarlos cualitativamente y adecuarlos a la población andaluza.

6.- Promover la investigación para analizar y evaluar los diferentes programas de formación a lo largo de toda la vida en la comunidad autónoma andaluza. Para ello, sería conveniente:

- Implicar a las universidades andaluzas en la investigación gerontagógica “por y para” el envejecimiento activo.

- Motivar a las personas mayores para que sean investigadoras sobre los propios procesos de aprendizaje.

- Formar en el envejecimiento activo y formación a lo largo de la vida en Andalucía requiere de conocimiento, actitudes y habilidades, que permitan el apoyo para que las personas mayores sean autónomas.

7.- Proponer la progresiva implantación de los Planes de Preparación a la Jubilación Activa (en adelante PPJA) para personas próximas a la jubilación a sindicatos, empresas y organismos locales.

Para ello sería conveniente:

- Diseñar PPJA adecuados a la población andaluza.

- Fomentar los PPJA como medio de optimización del envejecimiento activo.

- a) Propiciar que la jubilación sea percibida como una fase de la vida llena de posibilidades de realización personal y social.

- b) Transmitir una imagen de la jubilación que ponga de relieve su dimensión positiva, tanto para las personas cercanas a la jubilación y las jubiladas, como para la sociedad en general.

- c) Fomentar que las mujeres mayores andaluzas, realicen cursos de PPJA, independientemente de que no hayan trabajado de forma remunerada.

8.- Acercar los diferentes programas formativos de mayores al contexto rural.

9.- Apoyar los programas universitarios de mayores para su desarrollo y mejora cualitativa.

10.- Favorecer la formación continua y permanente con apoyo de las asociaciones de mayores de las diferentes universidades andaluzas.

11.- Optimizar las relaciones intergeneracionales en el ámbito universitario.

12.- Incentivar la participación de los programas universitarios de mayores como dinamizadores de su entorno sociocultural.

13.- Promover las nuevas tecnologías entre las personas mayores.

Para ello sería conveniente:

- Facilitar instrumentos para el aprendizaje sobre las nuevas tecnologías.
- Organizar cursos de formación sobre las nuevas tecnologías.
- Desarrollar programas para la integración de las personas mayores en la sociedad de la información y de las nuevas tecnologías.
- Motivar a las personas mayores para el uso de las nuevas tecnologías.

14.- Facilitar el acceso a las nuevas tecnologías, a medida que se envejece, especialmente en el medio rural. Aprovechando de forma coordinada el uso de los recursos disponibles. Para ello sería conveniente:

- Impartir de forma presencial y/o virtual la formación continua para aprender el uso del ordenador y de internet.
- Facilitar a las asociaciones de personas mayores la instalación de quipos informáticos.
- Potenciar el acercamiento intergeneracional a través de cursos de tecnología digital que les permitan aprender a comunicarse y trabajar juntos.
- Aumentar la inversión de proyectos de investigación, desarrollo e innovación, cuyo objetivo sea las NTICs para su uso a medida que se envejece.

15.- Incrementar el disfrute de las personas mayores en las facetas de la vida cultural de su entorno, propiciando su presencia activa en los actos programados.

Para ello, es preciso:

- Fomentar la práctica del turismo y organizar intercambios con personas de diferentes lugares.

- Fomentar y favorecer los programas orientados al disfrute de la cultura y el conocimiento.

- Ampliar el nivel cultural de las personas mayores mediante el enriquecimiento de las actividades ofrecidas en los diferentes centros de aprendizaje.

16.- Aprovechar más y mejor el papel de las personas mayores como fuente de cultura contando con ellas en programas de voluntariado cultural para la difusión y transmisión del patrimonio andaluz.

17.- Difundir la lectura entre las personas mayores y en espacios escolares: educación infantil y primaria (cuentacuentos).

Para ello sería conveniente:

- Desarrollar estrategias que fomenten la lectura entre los mayores.
- Diseñar programas de difusión de la lectura a través de los medios de comunicación: radio, televisión, prensa, páginas web.
- Fomentar la lectura entre diferentes colectivos sociales.
- Facilitar el acceso a la lectura a través de actividades concretas: jornadas, semana del libro, feria del libro...
- Contagiar el placer de leer a los centros de educación de adultos y universidades populares.
- Estudiar fórmulas para aprovechar la contribución que las personas mayores lectoras puedan hacer para aumentar el hábito de lectura en nuestra comunidad autónoma andaluza.

18.- Recuperar y organizar espacios para difundir las tradiciones locales a través de museos, exposiciones y narraciones orales.

19.- poner al servicio de la comunidad las experiencias profesionales mediante un servicio de orientación a través del voluntariado.

20.- Recuperar las tradiciones locales a través de los cuentos, juguetes, canciones, dichos populares, etc., así como facilitar el aprovechamiento de la riqueza cultural de las personas mayores para potenciar su autovaloración y autoestima y salvaguardar el patrimonio y las tradiciones culturales, depositando en las personas mayores la confianza y responsabilidad de difundir las experiencias y tradiciones como miembros activos.

C.- Envejecer participando y construyendo la sociedad.

Para envejecer activamente y con participación social se recomienda:

1.- Apoyar a las personas para que asuman los cambios por los que van pasando a lo largo de la vida y motivarles para que elaboren, según sus referencias y capacidades, sus propios planes de uso del tiempo y de realización personal vinculados a la participación social.

- Consultar y tener en cuenta las preferencias de participación social de los distintos grupos de personas antes de programar acciones de participación de esos grupos, tratando siempre de adaptar a la demanda los recursos disponibles.

- Promover la participación de las personas en el ámbito económico, social, cultura, político, etcétera, durante toda la vida y no sólo en sus fases más avanzadas (adulter y vejez).

2.- Difundir los beneficios de la participación y seguir fomentando una participación social de amplio espectro, en todas las edades, en función de las preferencias de cada persona a la vez que respetando a quienes libremente deciden participar poco o nada.

3.- Revalorizar el papel de las mujeres en los distintos escenarios de la participación social y seguir trabajando por la igualdad de género conforme se envejece, especialmente en las fases más avanzadas de la vida y en el medio rural.

- Potenciar la presencia de las mujeres mayores en el espacio público.

- Mantener las campañas de sensibilización que favorezcan la igualdad entre géneros a todas las edades.

4.- Potenciar, facilitar y agilizar los recursos institucionales disponibles para que los Centros de Día y las Pequeñas y Medianas Asociaciones (PYMAs) de Personas Mayores sigan fomentando una participación de personas de todas las edades pero especialmente adaptada a las demandas de las presentes y futuras generaciones de personas mayores.

- Programas en los Centros de Día actividades y tareas atractivas y adaptables a los gustos personales, intentando que a través de ellas puedan conseguirse logros a distintos niveles.

- Llevar a cabo en los Centros de Día acciones que combinen motricidad y memoria para que paralelamente se promueva la memoria, la actividad física, la interacción social y la salud de sus socios y socias.

- Desarrollar, a través de los Centros de Día, servicios intermedios como los programas de comida a domicilio, la formación a las personas cuidadoras y la estimulación física y cognitiva de la persona mayor que lo precise.

- Organizar, desde los Centros de Día, actividades físicas en espacios públicos tales como parques, especialmente dirigidas a las personas de más edad, que explique cómo utilizar la forma adecuada los aparatos para el ejercicio físico disponibles en dichos espacios.

- Trabajar para la formación, en los Centros de Día, de juntas de gobierno paritarias en virtud del género de las edades de todas las personas asociadas.

- Valorar y potenciar las PYMAs en el medio rural, salvando obstáculos como la distancia geográfica e incrementando los recursos de estas entidades para que puedan atender las necesidades emergentes relacionadas con el envejecimiento en su entorno.

- Simplificar, facilitar y agilizar el acceso de las PYMAs a las Administraciones Públicas.

- Buscar vías de autofinanciación para las PYMAs distintas a las ofertadas por las Administraciones Públicas.

- Apoyar a las asociaciones, federaciones o confederaciones que hacen de correa de transmisión entre las pequeñas asociaciones rurales y las instituciones.

5.- Asegurar la participación general de las personas en situación de dependencia a lo largo de todo su vida en función de su estado y posibilidades, tanto en las actividades que puedan realizar como en la toma de decisiones sobre los temas que les afecten, desarrollando al máximo las capacidades y la autonomía de las personas dependientes de modo que no produzcamos un aumento de su dependencia a medida que envejecen.

6.- Incrementar las experiencias, programas y espacios de intercambio intergeneracional e intercultural dirigidos a atender a las personas más vulnerables a medidas que envejecen. (en consonancia con lo que se plantea en el Capítulo I de este Libro Blanco).

- Aprovechar la emigración e inmigración como oportunidades para el acercamiento e intercambio cultural a lo largo de la vida.

- Potenciar los vínculos entre personas mayores e inmigrantes como medio para alcanzar una sociedad cohesionada e intercultural, poniendo en marcha campañas para que las personas mayores vean el contacto con los/as cuidadores/as de otros países como una oportunidad y una puerta abierta hacia nuevos conocimientos y experiencias.

- Impulsar la participación de las personas mayores en programas de apoyo a personas inmigrantes, familias monoparentales, mujeres maltratadas, y otras personas en situación de vulnerabilidad.

- Aumentar los programas de alojamiento compartido y acompañamiento, al estilo de los realizados por las universidades.

7.- Buscar formas alternativas de envejecimiento activo que estén mejor adaptadas a las nuevas necesidades y capacitaciones de las generaciones de personas mayores.

- Poner en marcha un sistema de información con la oferta de actividades para la población de más edad, próximas a su lugar de residencia.

- Potenciar la diversidad del perfil de personas mayores presentes en instituciones y asociaciones de todo tipo, mejorando en especial la participación en estos espacios de las mujeres conforme envejecen.

8.- Favorecer la participación tanto de las personas que viven solas como de las que están aisladas, sobre todo si se trata de personas de edad avanzada y residen en zonas rurales.

- Crear Banco de Tiempo y servicios de acompañamiento como alternativa al aislamiento que pueda ir asociado al proceso de envejecimiento.

- Seguir con las políticas de eliminación de barreras de todo tipo, especialmente las arquitectónicas, que dificultan o impiden la participación social de las personas, sobre todo de aquéllas más vulnerables.

9.- Realizar campañas de sensibilización que transmitan mensajes motivadores para la participación activa y que fomenten la cooperación, a lo largo de toda la vida, entre las personas y las comunidades, cada cual en función de sus preferencias y de su proyecto vital.

- Replantear las pautas de educación familiar y escolar para formar ciudadanos más participativos, interdependientes y solidarios desde edades tempranas.

10.- Reconocer públicamente el valor de la participación a lo largo de toda la vida y valorar la participación real y necesaria que ya practican muchas personas mayores.

11.- Sensibilizar a la población sobre la importancia de prepararse para el vejez según el proyecto vital de cada persona, proponiendo públicamente estilos concretos y alternativos de preparación para la vejez.

- Proponer públicamente estilos concretos y alternativos de preparación para la vejez.

- Facilitar un adecuado acceso a la información y a la formación-internet, formación online y presencial- de todos/as a medida que se envejece, aprovechando para ello de forma coordinada el uso de los medios que ya hay en los centros de enseñanza.

- Facilitar un adecuado acceso a la información y a la formación -internet, formación online y presencia- de todo/as a medida que envejecemos, aprovechando para ello de forma coordinada el uso de los medios que ya hay en los centros de enseñanza.

12.- Sensibilizar a la sociedad y hacer posible que la participación a medida que envejecemos sea una práctica saludable y no discriminatoria.

13.- Destacar públicamente, de modo muy visible, las buenas prácticas tanto de contribución de las personas mayores a la sociedad -en el ámbito personal, social y laboral- como de reconocimiento de esa contribución por parte de la sociedad.

- Premiar buenas prácticas tanto de cómo las personas mayores contribuyen a la sociedad como del reconocimiento que la sociedad hace de esa contribución.

- Editar publicaciones y promover obras de teatro o películas dirigidas a toda la población en donde se reconozcan la contribuciones de las personas mayores a la sociedad.

- Realizar campañas específicas de difusión de la aportación, remunerada y no remunerada, que han realizado y realizan las personas mayores a favor de la sociedad.

- Facilitar la creación de escenarios tales como pequeños grupos de debate intergeneracionales en los que las personas mayores puedan transmitir su experiencia y, a su vez, enriquecerse con los puntos de vista de otras generaciones.

14.- Promover y dar a conocer mejor a la sociedad la labor del voluntariado a lo largo de la vida, en general, y las aportaciones de las personas mayores voluntarias, en particular.

- Hacer campañas divulgativas sobre las ventajas del voluntariado, y sobre cómo todos podemos realizar voluntariado a medida que envejecemos, con independencia de la edad y del sexo.

- Organizar formas de reconocimiento público de la labor voluntaria tales como la entrega de premios al trabajo que realizan las personas mayores por las demás.

- Contribuir a la difusión y reconocimiento de las Pequeñas y Medianas Asociaciones (PYMAs) sostenidas por personas mayores.

- Impulsar la implicación en el movimiento asociativo a lo largo de la vida y dar a conocer la aportación de las personas mayores a través de sus asociaciones.

- Mejorar los procedimientos informativos para que las nuevas entidades de voluntariado sepan cómo conseguir ayudas institucionales.

15.- Mejorar las medidas de conciliación de la vida laboral y familiar para que las personas cuidadoras puedan envejecer de modo activo.

- Realizar estudios sobre el trabajo no remunerado y las diversas aportaciones al bienestar de la sociedad que hacen las personas cuidadoras a lo largo de su ciclo vital.

- Concienciar a las familias de que la labor de apoyo y cuidado que realizan las personas mayores no puede ser impuesta. Las personas mayores tienen derecho a vivir su propia vida, y a realizar sus planes y proyectos.

- Aumentar el apoyo institucional a las personas que se dedican al cuidado de familiares, con la creación de más guarderías y centros especializados para personas mayores y personas discapacitadas.

- Facilitar la existencia de programas intergeneracionales en los que se vincule afectivamente a niños de guardería con personas mayores necesitadas para que pueden realizar conjuntamente programas y actividades.

- Poner en marcha actividades de voluntariado mediante las que personas con mejor estado de salud presten apoyo a otras en situación de dependencia.

- Cambiar las expectativas sociales hacia el rol de la mujer como cuidadora abnegada a costa de su propia salud y bienestar.

16.- Implicar a las personas con experiencia de trabajo en cualquier sector para que, a medida que envejecen, contribuyan a la inserción laboral de otras personas.

- Promover, especialmente en núcleos rurales, que personas mayores con experiencia formen a jóvenes en vías de acceder al mercado de trabajo.

- Ampliar a otros sectores de la economía, iniciativas como el programa Senior de la Fundación Andalucía Emprende.

- Introducir en Andalucía los modelos internacionales de formación de personas para su transición ocupacional, la medida que envejecen, desde el sector lucrativo al sector no lucrativo.

17.- Aprovechar más y mejor el papel de las personas mayores como fuentes de cultura contando con ellas en programas voluntariado cultural para la difusión y transmisión del patrimonio andaluz.

- Atender, desde centros de mayores, asociaciones y Administraciones los problemas concretos que estén impidiendo contribuir a las personas en situación de vulnerabilidad.

- Fomentar la contribución a la sociedad de las personas mayores en situación de vulnerabilidad y valorar la importancia de sus reivindicaciones.

- Facilitar recursos financieros adecuados a las personas mayores que, por falta de los mismos, no pueden hacer su contribución a la sociedad como el resto de ciudadanos.

19.- Promover formas de convivencia y de residencia alternativas a las actuales (acompañamientos, apadrinamientos, viviendas compartidas, pisos tutelados, residencias auto-gestionadas por personas mayores, edificios intergeneracionales, etcétera) que faciliten el acceso de las personas a viviendas en mejores condiciones, más adecuadas tanto para envejecer el mayor tiempo posible en el propio domicilio si así se desea, como para facilitar el uso de los espacios públicos a todas las personas a medida que envejecen. Para ello se propone:

- Aumentar los esfuerzos para que viviendas y espacios públicos sean accesibles y con el envejecimiento no se conviertan en obstáculos para el contacto de la persona con el mundo exterior.

- Estudiar el sistema general de espacios libres públicos en los Planes Generales de Ordenación Urbanística, para facilitar su uso a toda la población; realizar, en especial, un estudio de las condiciones y características a contemplar en el diseño de estos espacios para las personas mayores.

20.- Organizar acciones (en sintonía con los instrumentos de protección jurídica expuestos en el Capítulo II de este Libro Blanco) destinadas a concienciar a la población andaluza de la necesidad de practicar un consumo informado, razonable y responsable conforme se envejece.

21.- Desarrollar métodos y escenarios de educación ambiental específicamente adaptados a las necesidades y características de las personas según su grado de envejecimiento.

- Organizar acciones medioambientales centradas en la persona mayor -en la vindicación y dignificación de su papel social-, con ritmos de trabajo dinámicos pero no exigentes, con un peso importante de las actividades al aire libre, que combinen ocio y educación y que estén orientadas hacia la práctica.

- Fomentar la aportación de las personas mayores al medio ambiente mediante su experiencia, sabiduría, tiempo y aproximación afectiva.

- Ofrecer espacios de encuentro y promover la participación, a lo largo de todo el ciclo vital, de todas las entidades y personas en el proceso de mejora de las condiciones ambientales.

22.- Invitar a todos los organismos, entidades y profesionales que estén realizando experiencias de envejecimiento activo o que puedan contribuir al desarrollo de las mismas a innovar y mejorar esas experiencias.

- Organizar campañas de explicación y promoción del envejecimiento activo.
- Introducir en el currículum de la educación obligatoria contenidos que aborden el envejecimiento activo.
- Reconocer, potenciar y renovar la labor de apoyo al envejecimiento activo que realizan los Centros de Día de Personas Mayores e introducir en ellos nuevas acciones intergeneracionales e interculturales.

23.- Proponer y ejecutar nuevas formas de mejorar las relaciones intergeneracionales, el ámbito familiar, en el comunitario y en los distintos espacios productivos.

- Fomentar los programas y los centros intergeneracionales como medios para aprovechar al máximo la participación y las contribuciones de las distintas generaciones.
- Reorganizar la estructura de las Administraciones de modo que se facilite el encuentro y la colaboración entre personas de distintas generaciones a la hora de atender sus necesidades mediante políticas y programas.
- Posibilitar que las personas mayores contribuyan en la prestación de servicios actualmente dedicados a la atención a la infancia y a la juventud, y viceversa.
- Poner en marcha experiencias innovadoras para un mejor aprovechamiento de los espacios productivos multigeneracionales.

24.- Organizar y potenciar bancos de tiempo como modelos innovadores para la promoción del intercambio de capacidades y conocimientos a lo largo de la vida.

25.- Animar y apoyar a todos los agentes económicos para que introduzcan el envejecimiento activo y productivo en sus estrategias de investigación, de desarrollo y de innovación.

26.- Estudiar de forma continuada el perfil de las demandas de productos y servicios a los que desean acceder las personas a medida que envejecen.

- Realizar campañas divulgativas sobre nuevos productos pensados para las personas mayores de modo que éstas los conozcan.

- Apoyar el desarrollo de investigaciones e industrias productoras de nuevos instrumentos capaces de desarrollar la capacidad cognitiva de las personas a medida que envejecen.

- Diseñar programas de ocio y tiempo libre innovadores para todas las personas, que tengan especialmente en cuenta el estado físico de las personas conforme van envejeciendo.

27.- Facilitar un acceso de todas las personas, pero en especial en el medio rural, a las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (NTIC) a medida que envejecemos, aprovechando de forma coordinada el uso de todos los recursos disponibles.

- Mejorar, sobre todo en el medio rural, la dotación de locales para instalar equipos informáticos utilizable por los vecinos.

- Impartir cara a cara, y a veces de forma virtual, formación continua para aprender el uso del ordenador y de internet.

- Facilitar que las asociaciones de personas mayores cuenten con equipos informáticos.

- Aumentar la inversión en proyectos de investigación, desarrollo e innovación cuyo objetivo sea la mejora de las NTIC para su uso por todas las personas a medida que envejecen.

- Ofertar servicios de telefonía, internet y formación a distancia con unas tarifas apropiadas para que el acceso se garantice por igual a todas las personas mayores.

28.- Pasar de una participación informativa o consultiva a otra continuada, de autogestión y cogestión ciudadana, en la que las personas mayores tengan voz y voto en las decisiones que afecten a cualquier asunto de su comunidad.

- Poner en marcha medidas que saquen a la luz la diversidad, los conocimientos, saberes y habilidades de las personas mayores y sus posibilidades para la innovación social.

- Prestar atención prioritaria a las innovaciones que faciliten la participación de personas mayores discriminadas por motivos étnicos, sexuales, económicos, políticos o cualesquiera otros.

- Promover y asegurar la implicación de las personas mayores en la vida y en la estructura política, y facilitar su participación plena en todos los espacios políticos donde se toman decisiones.

- Plantear y concretar cuáles son los deberes asociados al envejecimiento activo como proceso en el que personas y sociedad son corresponsables.

- Revisar el Decreto 217/2003, de 22 de julio, por el que se regulan determinados aspectos del grupo de Consejeros Generales representantes de otras organizaciones en la Asamblea General de las Cajas de Ahorros, previsto en el artículo 63 bis de la Ley 15/1999, de 16 de diciembre, de Cajas de Ahorros de Andalucía, de modo que las asociaciones de mayores, así como sus confederaciones y federaciones, integrantes del Consejo Andaluz de Mayores, puedan tener mayor presencia en la Asamblea General de las Cajas de Ahorros.

29.- Conectar de modo transversal los esfuerzos y los recursos al servicio de las diferentes políticas y órganos de las Administraciones Públicas encaminados a dar una respuesta prioritaria a los restos que plantea el envejecimiento activo en Andalucía.

- Realizar investigaciones periódicas sobre las prácticas de envejecimiento activo en Andalucía y la eficacia de las políticas e intervenciones de promoción del envejecimiento activo. Sin datos precisos, fiables y específicos sobre Andalucía no

será posible ni saber cuáles son las actuaciones más adecuadas ni evaluar su impacto.

- Asegurar la sostenibilidad y actualización de las políticas de envejecimiento activo, renovándolas para lograr el impacto a largo plazo pretendido por el Libro Blanco del Envejecimiento Activo en Andalucía.
- Adaptar la oferta de actividades y de servicios a las nuevas necesidades sociales, procurando la participación conjunta de distintas generaciones y de ambos géneros (un ejemplo de lo decimos lo constituye el turismo social intergeneracional y solidario: personas mayores y jóvenes, juntas, viajan para prestar ayuda a otras personas).

A modo de conclusión podríamos afirmar que envejecer autónomamente y de forma competente requiere:

- a) envejecer saludablemente
- b) envejecer formándose y educándose y
- c) envejecer participando y contribuyendo socialmente.

Dicho de otra manera, envejecer autónomamente y de forma competente es equivalente a vivir con salud disponiendo de los recursos que le permitan gestionar una vida saludable; vivir formándose y educándose a lo largo de toda la vida y vivir sintiéndose reconocido, respetado y querido es vivir en sociedad y poder aportar a ella lo mejor de la edad.

ANEXO IV: RECURSOS DE INTERNET.

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamientodep.pdf>

<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/egua-derechos-01.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/11003economiapersmay.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/sndyempleo.pdf>

<http://www.archivodelaexperiencia.es/>

<http://www.ceoma.org/modules.php?name=News&file=article&sid=627>

<http://www.conjupes.org/>

http://www.enclaverural.es/enclaverural_01/index.htm

<http://www.foam.es/>

<http://www.fundacionluisvives.org/>

<http://www.imersomayores.csic.es/>

<http://www.jubilo.es/>

<http://www.plusesmas.com/>

<http://www.red-elaia.com/home.php?lang=1>

<http://www.redintergeneracional.es/>

<http://www.sercuidador.es/>

<http://www.ugt.es/ejecutivas/federaciones/ceujp.htm>

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/institucionalizacion.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cpmesenq.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/actasviii.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/21009calidepen.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/jmalost ratosint.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/23004foroscivilenv es.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/11005partsocialmay.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/grpm2009.pdf>

http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/coleccion manuales guias/manuales guias serie personas mayores/ssLINK/PROGRAMASINTERGENERACIONALES31

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/33010biotacc2011.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/31001malostratos.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/pmviivienndosolas.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/32002cuidadores.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/nuevasmiradas.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estructurasocialvejez.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/11007diemensenvejec.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/accunivmunicipios.pdf>

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/percepcionenniñosyadolescentes3>

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/analisiscalidad.pdf>

www.infoelder.com

www.tercera-edad.org

www.todoancianos.com

<http://www.intergeneraciones.com>

www.imsersodependencia.csic.es

www.asispa.org

www.grupocare.es

www.vitaliaplus.es

www.residenciadeancianoslalaguna.com

www.suresidencia.info

www.aincos.com

www.aesim-andalucia.org

www.estanciadiurna-santacatalina.com

www.foam.es/residencias/sevilla/sevilla.html

www.alzheimersevilla.com

www.faad.es

www.laresandalucia.com

www.mensajerosdelapaz.com

www.ceoma.org

www.geron.es

www.fundomar.org

www.fundacionjorgequeralto.com

www.fundacionalares.es

www.edad-vida.org

www.hacesfalta.org/voluntariado-mayores.aspx

www.asisttel.com

www.eulen.com

<http://www.ballesol.es>

www.obrasocial.lacaixa.es/ambitos/home/personasmayores.es

www.esismoanoamano.com

www.sarquavitae.es

www.geroasistencia.com

www.edaddorada.es

www.cer-espartinas.es

www.mundosenior.es

www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial.es

www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciossociales

www.imersomayores.csic.es

www.institucional.us.es/aulaexp

www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica

www.keruve.com

www.todoresidencias.com

www.ancianos.vulka.es/sevilla

www.exporesidencias.com

<http://www.vodafone.es/conocenos/es/vodafone-espana/sostenibilidad/sociedades-sostenibles7vodafone-para-todos/personas-mayores>

www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs7A44142-44156.pdf

www.ceoma..org/pdfs/dependencia/BOE-A-2009-4968.pdf

<http://.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Personas Mayores/publicacion/Normativa Centros Residenciales/NORMATIVA CENTROS RESIDENCIALES P.MAYORES.pdf>

<http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Personas Mayores/HTML/Ficheros/88 L19990006.pdf>

